WAHNBILDUNG UND MANISCH-DEPRESSIVER SYMPTOMKOMPLEX

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE IN DER MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM VON

DR. ROBERT GAUPP
O. Ö. PROF. DER PSYCHIATRIE UND DIREKTOR DER UNIVERSITÄTS-KLINIK FÜR GEMÜTS- UND NERVENKRANKHEITEN IN TÜBINGEN

DER

MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT VON

ERNST KRETSCHMER
AUS WÜSTENROT

BERLIN
DRUCK VON GEORG REIMER
1914

WAHNBILDUNG UND MANISCH-DEPRESSIVER SYMPTOMKOMPLEX

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE IN DER MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM VON

DR. ROBERT GAUPP

O. Ö. PROF. DER PSYCHIATRIE UND DIREKTOR DER UNIVERSITÄTS-KLINIK FÜR GEMÜTS- UND NERVENKRANKHEITEN IN TÜBINGEN

DER

MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT VON

ERNST KRETSCHMER

AUS WÜSTENROT

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

BERLIN

DRUCK VON GEORG REIMER

1914

Sonder-Abdruck aus „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie“ 71. Bd.
Herausgegeben von Geh. Rat Prof. Dr. Hans Laehr-Schweizerhof.
Verlag von Georg Reimer, Berlin.

Wenn wir die Umbildung der psychiatrischen Systeme betrachten, wie sie sich in den letzten drei Jahrzehnten vollzogen hat, so sehen wir darin mehr als das ephemere Spiel geistreicher Forscher, die eifrig bemüht sind, eine gleichbleibende Menge von Erkenntnissen in immer neue Formen umzugießen. Daß es sich hier um einen folgerichtigen Entwicklungsvorgang handelt, gilt nicht nur von der Vertiefung unseres Wissens, die uns die anatomische und ätiologische Forschung und die Beobachtung des Krankheitsverlaufs gebracht hat, sondern es gilt gerade auch auf dem Gebiet, wo es am meisten bestritten wird, auf dem der psychologischen Analyse des Zustandsbilds.

Wenn in die dominierende Stellung, die in den alten Lehrbüchern der Wahnsinn und die Paranoia einnahmen, heute das manisch-depressive Irresein und die Schizophrenie eingerückt sind, wenn heute die Klassifikation von Wahnformen durch die Beschreibung von Gefühls- und Assoziationsstörungen, von Anomalien der Empfindungen und Bewegungsantriebe in den Hintergrund gedrängt ist, so bedeutet das doch nichts anderes, als daß wir nicht mehr die Bewußtseinsinhalte, sondern in erster Linie die Bewußtseinsvorgänge als Grundlagen der pathologischen Psychologie anerkennen. Und in dieser Entwicklung der Psychiatrie erblicken wir einen Fortschritt, wie überall in der Wissenschaft, wo es uns gelingt, zusammengesetzte Erfahrungstatsachen auf einfachere zurückzuführen.

Aus der Menge der Probleme, die sich durch die energische Weiterführung der klinischen Diagnostik im angedeuteten Sinne durch *Kraepelin* aufwerfen, soll hier eines herausgegriffen werden, dessen Betrachtung einerseits sehr geeignet ist, den von der pathologischen Psychologie überhaupt zurückgelegten Weg zu beleuchten, und aus dessen historischer Behandlung andererseits für die speziellen Aufgaben der vorliegenden Arbeit die kritischen Gesichtspunkte hervorgehen. — Sogleich mit der Aufstellung der Krankheitseinheit „manisch-depressives Irresein" begannen nämlich die Schwierigkeiten auf einem Grenzgebiet. Es handelte sich zum eine ganze Reihe stark wahnbildender Krankheitsformen, die bisher in einer der geläufigen Untergruppen des Wahnsinns oder der Paranoia zwanglos untergebracht waren, und in denen man nun den manisch-depressiven Symptomkomplex entdeckte.

Schon kurz vor dieser Zeit hatte *Mendel* auf Beobachtungen hingewiesen, wo zeitlich begrenzte Anfälle von Verrücktheit mit gesunden Phasen und zum Teil auch mit Anfällen einfacher Manie oder Melancholie alternierten. Er war der Ansicht, daß das innige Verwebtsein von Verfolgungs- und Größenideen, wie es seine Fälle zeigten, der Manie und der Melancholie fremd seien, und wollte andererseits in den paranoischen Zustandsbildern keine manisch-melancholischen Züge sehen. So mußte er sich auf eine rein formale Klassifikation beschränken, indem er seine Beobachtungen mit den erwähnten und einigen anderen Krankheitsgruppen unter dem Oberbegriffe „periodische Psychosen" zusammenfaßte und jenen selbst die Bezeichnung „periodische Paranoia" gab. Nachdem bereits das „manisch-depressive Irresein" sich vielerorts durchgesetzt hatte, machte *Bleuler* noch einmal den Versuch, zwischen beiden eine mehr innere Beziehung herzustellen, indem er gleichzeitig an den *Mendel*schen Fällen und an einer Reihe eigener Fälle den manisch-depressiven Symptomkomplex im paranoischen Zustandsbilde nachwies. Trotzdem entschloß er sich nicht, die Wahnbildung aus jenem zu erklären, sondern interpretierte sie als eine spezifische Störung des Intellekts. Er glaubte so, den „periodischen Wahnsinn" und das manisch-depressive Irresein vereinigen und trotzdem der „Vesania" als einer der Manie und der Melancholie gleichberechtigten Erscheinungsform ihre Selbständigkeit erhalten zu können. Es gelang ihm nicht, die blutlose *Mendel*sche Schöpfung dadurch lebensfähiger zu machen. Im Lauf der Jahre hat sich eine wenig umfangreiche Literatur über diesen Gegenstand angesammelt; verschiedene Autoren haben sich bemüht, teils unter denselben Gesichtspunkten, wie *Mendel*, weitere Belege für dessen Aufstellung zu schaffen, teils ganz andersartige, diagnostisch undurchsichtige

Fälle verschiedenster Herkunft hier unterzubringen; es sei hier nur an die interessanten Psychopathen *Gierlichs* und an den komplizierten Fall *Mönkemöllers* erinnert. Im Bereich der herrschenden diagnostischen Richtung, die sich nicht bloße Klassifikation, sondern die Auffindung wirklicher Krankheitseinheiten zum Ziel gesetzt hat, hat die periodische Paranoia von Anfang an nur wenig Anklang gefunden und die ganze Frage ist wohl heute, soweit sie mit dem manisch-depressiven Irresein in Beziehung steht, so ziemlich im Sande verlaufen [1]).

Während *Kraepelin* die periodische Paranoia konsequenterweise von vornherein ablehnte, hatte er einen anderen Krankheitsbegriff, der ebenfalls die Wahnbildung zum wesentlichen Inhalt hat, eine Zeitlang selbst in die moderne Psychiatrie herübergerettet, nämlich den „depressiven Wahnsinn". Daß *Kraepelin* in den ersten Auflagen seines Lehrbuchs auch einen expansiven bzw. labil-halluzinatorischen Wahnsinn kannte, der ein noch vergänglicheres Dasein in seinem System führte, sei nur der Vollständigkeit halber erwähnt. Die Krankheitsformen, die *Kraepelin* früher als depressiven Wahnsinn und Melancholie zusammenfaßte, haben sich dem *Kraepelin*schen System immer nur schwer einfügen wollen: ich meine die Depressionszustände des höheren Lebensalters. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß die Beobachtungen, mit denen *Kraepelin* seine Krankheitsgruppe „depressiver Wahnsinn" aufbaute, nicht ausschließlich dem manisch-depressiven Formenkreis angehörten. Sicherlich spielten dabei auch die unklaren, zum Teil stark wahnbildenden Depressionszustände des höheren Lebensalters eine Rolle, die immer wieder die Zusammenfassung zu einem selbständigen Krankheitsbild nahelegen, und die *Gaupp* einer vorläufigen Klassifikation unterzogen hat (z. B. die „depressive klimakterielle Erregung mit Ausgang in geistige Schwäche"). Die Tatsache, daß *Kraepelin* vorgeschrittene geistige Schwächezustände im Endstadium des depressiven Wahnsinns beschrieb, spricht dafür, daß sich auch echte Defektpsychosen unter seinem Material befanden, die heute bei der senilen Demenz untergebracht sind. Diesen beiden Beobachtungsreihen schienen sich endlich die Depressionszustände zwanglos anzugliedern, deren ausgeprägte, barocke Wahnbildung durchgehends von einem starken, echten Depressivaffekt getragen war, und die wir heute mit Bestimmtheit dem manisch-depressiven Irresein zurechnen; es sind wohl diejenigen Fälle, bei denen die Wahnideen gleichzeitig mit dem Affekt abklangen, was *Kraepelin* als Charakteristikum ihrer guten Prognose heraushob. — *Kraepelin* hat dann Schritt für Schritt die Konse-

[1]) Es erübrigt sich, in diesem Zusammenhang auf die akute Paranoia näher einzugehen, die neuerdings von *Thomsen* wieder auf die Tagesordnung gebracht und von *Kleist* einer treffenden Kritik unterzogen wurde. Sie fällt genau unter dieselben Gesichtspunkte, wie die periodische Paranoia, und hat sich ebensowenig wie diese in weiteren Kreisen durchzusetzen vermocht.

quenzen seiner Lehre gezogen: in der 6. Auflage seines Lehrbuchs faßte er den depressiven Wahnsinn mit der Melancholie zusammen, so daß ersterer fortan nur noch eine selbständige Untergruppe der letzteren bildete. Hierin dokumentiert sich in charakteristischer Weise, daß für ihn die Tatsache selbst stärkster, scheinbar das ganze Krankheitsbild beherrschender Wahnbildung die prinzipielle Bedeutung für die Bewertung desselben verloren hatte. Heute ist der depressive Wahnsinn aus dem *Kraepelin*schen System verschwunden; wir finden nur noch eine „phantastische Melancholie", die nicht einmal mehr den Rang einer abgegrenzten Unterform einnimmt, und die Umkehrung der Wortstellung zeigt aufs deutlichste, wo der Nachdruck in der psychologischen Bewertung der Einzelsymptome liegt.

Nicht alle sind *Kraepelin* auf seinem Wege bis hierher gefolgt. Als im Jahre 1907 *Dreyfus* und *Hübner* die Vereinigung der Melancholie mit dem manisch-depressiven Irresein vornahmen, trennte sich ihr seitheriger Bundesgenosse *Thalbitzer* von ihnen, um wenigstens dem depressiven Wahnsinn seine Selbständigkeit zu retten. Er tat dies, indem er, genau auf den Ausgangspunkt der *Kraepelin*schen Entwicklung zurückkehrend, die Wahnbildung wieder zum selbständigen Primärsymptom erhob. Aus der Menge der übrigen Krankheitserscheinungen griff er sodann als die beherrschende die Affektstörung heraus und hatte damit seine beiden Kardinalsymptome: Wahnbildung und Depression gewonnen. Darnach teilte er sämtliche hierher gehörigen Krankheitsbilder in echte Wahnpsychosen mit sekundärer Depression und echte Stimmungspsychosen mit sekundärer Wahnbildung ein; erstere faßte er als depressiven Wahnsinn zusammen, während er letztere zur Melancholie schlug. Er stützte diese Einteilung einmal mit Argumenten, die wohl nur einen subjektiven Wert beanspruchen: die größere Rolle, die größere Konstanz der Wahnvorstellungen im depressiven Wahnsinn, die mangelnde Proportionalität derselben mit dem Affekt, den „Eindruck", daß letzterer durch erstere verursacht „schiene" usw. Dann aber wies er, hauptsächlich in der Parallelabhandlung über den manischen Wahnsinn, mit Nachdruck darauf hin, wie im Verlauf solcher Krankheiten der Affekt allmählich abflaut, während nun erst gerade recht die Wahnbildung und zwar eine ausgesprochen halluzinatorisch gestützte, barocke Wahnbildung zur Blüte kommt. Nun ist zwar den Beschreibungen *Thalbitzer*s zu entnehmen, daß sein manischer und depressiver Wahnsinn neben den früher erwähnten unklaren Altersdepressionen hauptsächlich auch Beobachtungen schizophrenen bzw. paraphrenen Charakters enthält. Es ist aber eine Tatsache, die *Kraepelin* in seinem Lehrbuch weder bestreitet, noch erklärt, daß gerade auch unter sein manisch-depressives Irresein protrahiert verlaufende Krankheitsbilder fallen, in denen das genannte Verhältnis zwischen Affekt und Wahnbildung unzweifelhaft zutage tritt. *Thalbitzer* folgert aus letzterem den Eintritt einer Demenz; ob mit Recht oder Unrecht,

soll später erörtert werden. Jedenfalls aber liegt in diesem Verhältnis der Angelpunkt der *Thalbitzer*schen Beweisführung. Sein Gedankengang hat die kurze Formel: Die manio-depressive Psychose ist die Stimmungspsychose; wo kein Affekt, ist auch keine Wahnbildung; wo Wahnbildung ohne Affekt besteht, ist kein manisch-depressives Irresein. Der letzte Schluß ist zwingend, — wenn die Prämissen richtig sind. — Auch *Thalbitzer* ist es nicht gelungen, dem depressiven Wahnsinn in dieser modifizierten Form Boden zu gewinnen. Soviel ich sehe, ist *Rehm* der einzige gewesen, der sich ihm anschloß; heute ist auch diese Frage so ziemlich von der Tagesordnung verschwunden.

Wenn wir die historische Entwicklung der Anschauungen bis zu diesem Punkt aufmerksam verfolgt haben, so sehen wir, wie sich die Problemstellung in einer bestimmten Richtung zuzuspitzen beginnt. Während die Schöpfer der periodischen Paranoia eine Beziehung zwischen Wahnbildung und manisch-depressivem Symptomenkomplex geradezu leugneten, während *Kraepelin* bei seiner vorwiegend empirischen Arbeitsmethode dieser theoretischen Frage bezüglich der Abgrenzung des manisch-depressiven Irreseins keine prinzipielle Beachtung schenkte, war es *Thalbitzer*, der im manisch-depressiven Irresein zwischen Affekt und Wahnbildung wenigstens ein gewisses Handinhandgehen postulierte, ohne allerdings nach dem inneren Zusammenhang zu suchen, der einer konstanten äußeren Verkuppelung notwendig zugrunde liegen muß.

Hier war es nun *Specht*, der im Kampf um die chronische Paranoia dazu überging, nicht nur das nahe Beisammenwohnen paranoischer und manisch-depressiver Zustandsbilder empirisch zu belegen, sondern die Frage nach dem inneren psychologischen Zusammenhang zwischen Wahnbildung und manisch-depressivem Symptomkomplex überhaupt aufzurollen.

Hier ist allerdings vorauszuschicken, daß für eine gewisse Art von Wahnvorstellungen, nämlich für die gewöhnlichen Kleinheits-, Versündigungs- und Größenideen der einfachen Melancholie und Manie ein innerer Zusammenhang mit dem entsprechenden Affekt schon immer beinahe für selbstverständlich galt, wobei man sich allerdings begnügte, die Wahnvorstellungen in grob intellektualistischer Weise etwa als Erklärungsversuche aufzufassen. Man wagte eine solche psychologische Abhängigkeit überall dort anzunehmen, wo bei ausgeprägter, eindeutiger Affektstörung die Wahnvorstellungen schon rein äußerlich als bescheidenes und oft zeitlich nachfolgendes Nebenprodukt des Krankheitsprozesses erschienen. Sobald dagegen neben einer starken manisch-melancholischen

Verstimmung die Wahnbildung üppiger zu wuchern begann oder gar der Affekt gegen letztere zurücktrat, sobald andererseits für zusammenhängende, logisch verbundene Wahnsysteme ein wenig augenfälliger „Mischaffekt“ nur den begleitenden Unterton zu bilden schien, da glaubte man die Brücken abbrechen zu müssen, indem man entweder auf eine restlose psychologische Erklärung verzichtete, oder sich mit der Annahme einer Intellektstörung half. Die mangelnde wissenschaftliche Konsequenz dieses Vorgehens hat *Specht* energisch aufgedeckt. Auch er, wie die gesamte ältere Literatur, faßte das Problem hauptsächlich von der Seite des Affekts an, baute es aber nun auf der Grundlage der Mischaffekte weiter aus. Er gab seiner Beweisführung einen sicheren empirischen Rückhalt in den zahlreichen klinischen Beobachtungen, bei denen wir die Entstehung eines paranoischen Zustandsbildes in der manisch-melancholischen Übergangsphase wie ein Naturexperiment verfolgen können. Und indem er die Parallele zu den Erfahrungen des gesunden Lebens zog, zeigte er, wie der Antagonismus zwischen gehobenem Selbstgefühl und Mißlaune gegen die Umgebung, der expansiv-depressive Mischaffekt geradezu den Mutterboden für die systematische Verfälschung des Bewußtseinsinhalts im Sinne krankhafter Eigenbeziehung bildet. *Specht* hat neben dem Mischaffekt zuerst auch die hypomanische Assoziationsstörung, „die leichte Lockerung des assoziativen Gefüges und die assoziative Plusleistung“ zur Erklärung der Wahnbildung mit herangezogen, ohne ihr allerdings eine selbständige Rolle zuzuweisen. Wenn es ihm auch vorerst nicht gelungen ist, die Frage der chronischen Paranoia durch seine Kritik aus der Welt zu schaffen, so hat er doch ihre Stellung im *Kraepelin*schen System nach einer Seite hin geklärt und eine Reihe von Anhängern gewonnen, die, wenn nicht ihre bedingunglose Einbeziehung, so doch wie *Kleist*, *Stransky*, *Wilmanns* u. a. die Zusammenfassung der Paranoia mit dem manisch-depressiven Irresein in einen gemeinsamen weiteren Rahmen verlangen.

Wir sind am Ende unseres Weges angelangt und fragen uns nicht ohne Erstaunen, wo all die vielen Schöpfungen geblieben sind, die hier an unserem Blick vorüberzogen. Die periodische und die akute Paranoia und der periodische Wahnsinn, der labile und der depressive Wahnsinn *Kraepelin*s, *Thalbitzer*s depressiver und manischer Wahnsinn, sie alle haben einmal versucht, im *Kraepelin*schen System einen Platz zu gewinnen, haben sich kurze Zeit an der Oberfläche gehalten und sind zuletzt klanglos wieder verschwunden. Nur die chronische Paranoia, wenn auch zwischen Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein immer enger zusammengedrängt und von vielen Seiten nicht ohne gewichtige Gründe angegriffen, hat bis heute unter dem Schutze der überragenden wissenschaftlichen Autorität *Kraepelin*s

eine — allerdings umstrittene — Existenz behauptet. Und auch hier wiederum hat *Kraepelin* allmählich den aus seinem eigenen Forschungsprinzip entspringenden Folgerungen nachgegeben, indem er die Paranoia (der Name ist noch ein Überrest aus der Zeit der Wahnpsychosen) aus dem Bereich der eigentlichen, zirkumskripten Krankheitseinheiten im engeren Sinn zurückzuziehen begonnen hat. In dieser Fassung scheidet die chronische Paranoia für die hier behandelte Frage aus.

Von ihr abgesehen wäre es müßig, all diese kleinen Versuche und Mißerfolge zusammenzustellen, wenn es sich dabei nur um belanglose, isolierte Grenzgefechte an der äußersten Peripherie des manisch-depressiven Irreseins handelte, wie es dem ersten Blick scheinen mag. Aber in ihrer Gesamtheit bilden sie die geschlossene Linie, auf der, wenn auch den Gegnern vielfach unbewußt, eine zentrale psychologische Prinzipienfrage der modernen Psychiatrie zum Austrag kommt. Diese Versuche haben alle gemeinsam, daß hier Krankheitsgruppen auf Grund der Tatsache ausgeprägter Wahnbildung vom manisch-depressiven Irresein abgegrenzt werden sollten, indem man die Wahnbildung wie ein gleichberechtigtes Hauptsymptom gegen den manisch-depressiven Grundkomplex ausspielte. Und diese Versuche sind fehlgeschlagen, nicht weil sich ihnen theoretisch-doktrinäre Bedenken entgegenstellten, sondern weil sich ihre klinische Abgrenzung und eine breite symptomatische Fundamentierung als praktisch unmöglich erwies. In ihrer Gesamtheit haben diese praktischen Erfahrungen den Wert eines Experiments; sie zeigen aufs deutlichste, daß es nur zwei Wege gibt: entweder wir diagnostizieren nach dem klinisch ausgeprägtesten Symptom und stellen uns damit auf den Standpunkt, den *Ziehen* in der Paranoiafrage einnimmt; dieser Standpunkt ist nach einer Richtung klar und konsequent; — oder wir suchen in jedem einzelnen Fall zu den Störungen der seelischen Elementarvorgänge vorzudringen, dann bestimmen diese die psychologische Diagnose des Zustandsbilds, auch wenn sie äußerlich kaum hervortreten; und jeder zusammengesetzte Seelenvorgang ist als solcher diagnostisch belanglos, selbst wenn er das klinische Bild vollkommen zu beherrschen scheint. Ungereimt ist es dagegen, zusammengesetzte Bewußtseinsinhalte gegen einfache Bewußtseinsvorgänge auszuspielen, deren fertige Endprodukte sie doch nur sind; und das tun wir, wenn wir

im selben Krankheitsbild Wahnvorstellungen etwa gegen Gefühls- und Assoziationsstörungen diagnostisch ins Feld führen. Wir können nicht ein manisch-depressives Irresein anerkennen und doch das Symptom der Wahnbildung zu seiner Abgrenzung benutzen wollen. Denn die Krankheitseinheit manisch-depressives Irresein ist auf krankhaften Seelenvorgängen niedrigerer Ordnung aufgebaut, die Wahnbildung dagegen ist eine krankhafte urteilmäßige Verbindung zusammengesetzter Vorstellungen, ein psychischer Vorgang höchster Ordnung, „eine allgemeine Störung des psychischen Gesamtzustandes“ (*Kraepelin*). Wir können eine Urteilsstörung als solche nicht zur Gegendiagnose gegen eine Krankheitsgruppe verwerten, die als Grundsymptom eine Assoziationsstörung enthält, weil ein Urteilsvorgang nur das komplizierte Resultat zahlreicher einfacher Assoziationsvorgänge ist und wir es den Wahnvorstellungen eines bestimmten Krankheitsbilds von vornherein nicht ansehen können, ob sie nicht gerade den Schlußstein aller derjenigen Störungen bilden, gegen die sie zum Beweise dienen sollen. Wenn wir uns einmal entschlossen haben, nicht deskriptiv, sondern analytisch vorzugehen, so sind wir gezwungen, jeden zusammengesetzten Seelenvorgang auf einfachere zurückzuführen, d. h. in unserem konkreten Fall, wir sind solange nicht berechtigt, das Symptom der Wahnbildung diagnostisch überhaupt zu verwerten, solange nicht entweder sein restloses Hervorgehen aus dem manisch-depressiven Grundkomplex oder seine anderweitige Herkunft dargetan ist.

Es ist ein Wagnis, in dem heutigen ungeklärten Durcheinanderwogen der Meinungen auf dem Gebiet der wahnbildenden Erkrankungen an die wissenschaftliche Bearbeitung einzelner solcher Fälle heranzugehen. Wir können es nur unternehmen, wenn wir aus der historischen Entwicklung dieser widerstreitenden Anschauungen sie kritisch zu sichten gelernt haben und wissen, daß hier nicht Anhäufung von Beobachtungsmaterial, sondern nur klare psychologische Begriffe weiterhelfen. Es ist der Zweck dieser Arbeit, zwei komplizierte Krankheitsbilder[1]) auf ihre klinische Stellung zu untersuchen, die wohl in die Reihe von Beobachtungen gehören, die *Thalbitzer* zur Auf-

[1]) Die beiden Fälle sind von *Kreuser* (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 71 Heft 1) unter den paranoischen Formen seniler Involutionspsychosen rubriziert.

stellung des manischen und depressiven Wahnsinns veranlaßt haben. Sie scheinen besonders geeignet, die Beziehungen zwischen Wahnbildung und manisch-depressivem Symptomkomplex in ihrer ganzen Mannigfaltigkeit zu zeigen und so ein Weiterziehen der Linien zu ermöglichen, die sich schon in den bisherigen Ausführungen angedeutet finden. Es bedarf wohl keiner Begründung mehr, daß es sich hier nur um eine klinisch psychologische, und zwar um eine konsequent analytische Bearbeitung handeln kann, wenn es uns gelingen soll, auf diesem schwierigen Gebiet eine klare und einheitliche Auffassung zu gewinnen.

1. J. Ch. K., geb. R., geboren 26. Februar 1834, Beamtenwitwe. Die Pat. stammt väterlicher- wie mütterlicherseits aus württembergischen Familien, aus denen eine ganze Reihe tüchtiger Theologen, Ärzte und Juristen von zum Teil ausgezeichneter Begabung hervorgegangen sind. Eine Schwester des Vaters war geisteskrank. Eine Tochter der Mutterschwester befindet sich zurzeit geisteskrank in einer Heilanstalt. Ein „Onkel“ des Vaters, der den Familiennamen von dessen Mutter führt, war ein Sonderling, der mit niemand verkehrte und „nichts tat, als daß er sein Vermögen verwaltete“. Im übrigen finden sich in der Familie nach zuverlässigen Angaben keine Anhaltpunkte für hereditäre Belastung. Der Vater der Kranken, ein naher Freund des Dichters W. Hauff, bekleidete eine höhere Beamtenstellung; er wird als ein gemütvoller, daneben im Amte streng gewissenhafter Mann geschildert, die Mutter als eine sehr tüchtige Hausfrau von ruhig-heiterem Temperament. — Die Pat. genoß eine ausgezeichnete, sehr sorgfältige Erziehung, war eine begabte Schülerin, hatte Freude am Malen, Musizieren und Dichten. Sie verheiratete sich mit 24 Jahren und hat von da ab ein beinahe ungetrübt glückliches Familienleben geführt, in dem ihr schwerer Kummer und große Sorgen vollständig erspart geblieben sind. Zwei Söhne und zwei Töchter leben und sind gesund, fünf Kinder sind kurz nach der Geburt gestorben. — Von ihren Kindern wird sie geschildert als eine liebenswürdige, feinfühlige Frau gleichmäßig heiteren Temperaments, von unermüdlichem Fleiß und größter Pflichttreue. Eigentümliche Charakterzüge sind eine fast übertriebene, ängstliche Besorgnis für ihre Angehörigen und eine „Abneigung gegen alles Außergewöhnliche“, die sich mit zunehmendem Lebensalter noch steigerte. Sie lebte ganz und gar ihrer Familie und ging sehr ungern unter die Leute; jede Einladung, jeder Besuch regte sie auf, am allerschlimmsten aber war für sie das Reisen, vor dem sie eine förmliche Angst empfand. Im übrigen war sie nicht furchtsam, nicht „nervös“ und wußte sich auch bei Gemütsbewegungen stets zu beherrschen. Bei reger Anteilnahme an Tagesereignissen und Literatur war ihr Interesse vorwiegend religiös orientiert. Gegen einen stark pietistisch veranlagten Geistlichen

(Dekan H.), der später in ihren Wahnvorstellungen eine große Rolle spielt, hegte sie lebhafte Abneigung. — Spuren geistiger Erkrankung, speziell auch Affektanomalien, Stimmungsschwankungen in depressivem oder exaltativem Sinn im früheren Leben der Pat. werden von den Angehörigen bestimmt in Abrede gestellt. — Mit etwa 65 Jahren stellte sich bei der Pat. eine zunehmende, starke Schwerhörigkeit ein. Schon 5—6 Jahre vor dem akuten Ausbruch der jetzigen Erkrankung, also im Alter von etwa 70 Jahren, kam es, allmählich immer häufiger, vor, daß die Kranke, namentlich bei Nacht, Geräusche, wie Sturmgebraus, Wasserrauschen u. ä. zu hören glaubte, so daß sie aus dem Bett ging und das nebenan schlafende Dienstmädchen weckte. Die Angehörigen glaubten diesen Vorgang der Schwerhörigkeit zuschreiben zu sollen, doch sind sie nachträglich nicht im Zweifel, daß schon damals ein ungewöhnliches Angstgefühl mitgesprochen hat. — Am 1. September 1910 rief Frau K. ihren Sohn ans Fenster und fragte ihn, ob er nicht auch schreien höre: im Nachbarhaus sei ein Betrunkener eingesperrt. Als dieser ihr versicherte, daß er nichts höre, war ihre Enttäuschung groß. Ihr Gesichtsausdruck wurde tiefernst und unglücklich: es sei ihr unbegreiflich, sagte sie endlich, daß man das nicht höre, was sie selbst doch ganz deutlich höre; dann scheine es sich allerdings um eine Sinnestäuschung zu handeln, und es wäre fast zum Lachen, wenn es nicht zum Weinen wäre. „Es ist gut", fügte sie hinzu, „daß ich es jetzt weiß; ich will dagegen kämpfen und mir alle Mühe geben, zu glauben, daß es falsch ist, was ich höre". — In den nächsten Wochen erwachen, rasch um sich greifend und das ganze Seelenleben der Kranken in ihren Bann ziehend, massenhafte Stimmen und Wahngedanken. Unter steigender Angst hört sie fortwährend von Mord, Unglück und Vergiftung sprechen. Es müssen Angehörige oder Hausbewohner sein, die das alles reden. Sie bangt sich mehr um ihre Familie, als um sich selbst. Es drückt sie, daß sie immer angelogen wird, da sie doch selbst immer die Wahrheit gesagt und nie einem Menschen etwas zuleid getan habe. Ganz unglücklich ist sie, durch die Stimmen traurig und heruntergestimmt, nicht mehr wie sonst ihren Kindern eine heitere Mutter sein zu können. — Die guten Zeiten, in denen sie sich im Kreis ihrer Familie vergaß, wurden immer weniger. Auch nachts fand sie keine Ruhe mehr, die Angst stieg zu immer größerer Höhe. In heller Verzweiflung sprach sie mehrmals davon, sich in den nahen Fluß zu stürzen, und konnte zuletzt gerade noch daran verhindert werden, als sie durch einen Sprung aus dem Fenster ihrem Leben ein Ende machen wollte. — Dem zugezogenen Hausarzt fiel eine „Abnahme der Intelligenz" auf. Er schloß diese aus dem ungeheuerlichen Inhalt der Wahnvorstellungen und der völligen Kritiklosigkeit der Kranken diesen gegenüber. Er stellte fest, daß sie sich für nichts mehr interessiere und über die Ereignisse der letzten Zeit nur ganz schlecht Bescheid geben könne, während das Gedächtnis für frühere Zeiten gut war. Sie verhielt sich bei fortwährender Angst geordnet und

meist ruhig, beklagte sich nur über die schlechte Behandlung. Da sie sich für geistig vollständig gesund hielt, so war sie über jeden Zwang erbittert, fügte sich aber mit der Zeit in die ärztlichen Verordnungen.

19. Dezember 1910. Aufnahme in die Heilanstalt Winnental.

20. Dezember 1910. Die Kranke war heute nacht nur ½ Stunde ruhig, in der übrigen Zeit fortwährend in großer ängstlicher Erregung. Sie weckte wiederholt die Wärterin; einmal glaubte sie, ihr Sohn O. sei hier im Hause verunglückt, sei in einen Schacht gefallen; die Wärterin möchte nach ihm sehen und ihm helfen. Wenn dann die Wärterin aufstand, war es der Kranken leid, daß sie die Wärterin gestört habe. Sie erzählte ihr, sie habe Glasscherben, Frösche im After u. ä.; glaubte, sie sei hierhergekommen, damit man sie operiere, ihr die „Stöpsel" aus dem Leib herausschneide usf.

22. Dezember 1910. Die zweite Nacht verlief gut. Dagegen war Pat. diesmal fast die ganze Nacht unruhig. Sie glaubte sterben zu müssen, es gehe bald aus; zeitweise lag sie regunglos im Bett und gab keine Antwort; nachher sagte sie, sie habe sich nicht rühren dürfen. Sie wähnt immer noch, sie werde operiert oder sei gestern operiert worden. Vor der Tür steht der Arzt und will sie erstechen.

11. Januar 1910. Sie war die ganze Nacht schlaflos. Sie sieht Wölfe, Hunde; das Haus fällt ein. Alle ihre Angehörigen sind schon oft gestorben. Sie muß operiert werden, nimmt deshalb absolut kein Schlafmittel, weil sie sonst die richtige Zeit verpassen würde.

Brief vom 26. Januar 1911 an die Anstaltsleitung:

„Euer Hochwohlgeboren!

Darf ich Sie bitten mir zu erlauben, daß Pflegerin Marie mir darf meine Schachtel holen, welche auf der oberen Bühne aufbewahrt ist. Ich möchte gerne einige Sachen voraus packen für meinen künftigen Aufenthalt, welchen Sr. Majestät der König für mich bestimmt hat.

Hochachtungsvoll

J. K., geb. R.

Winnental, d. 26. Januar 1911."

Ebenso, Ende Januar 1911:

„Euer Hochwohlgeboren!

Bitte, daß Sie mir mein Anstaltsgeld für den Monat Februar und März, 2000 M. zurückgeben wollen, da ich von Sr. Majestät dem König die Erlaubnis erhalten habe, in das Kloster Bebenhausen zu gehen.

Hochachtungsvoll

J. Ch. K., geb. R."

8. Februar 1911. Pat. leidet viel unter Angst. Sie wird erschossen; Ottern und Aale sind im Bett. Herr Medizinalrat will eindringen. Sie verbarrikadiert ihre Tür. Nachts ist sie sehr unruhig; sträubt sich heftig gegen Schlafmittel.

1. März 1911. Die Kranke schlug heute nacht die Wärterin, drängte zur Tür; warf ein Zweimarkstück zum Fenster hinaus. — Tagüber nimmt sie wenig Nahrung infolge von Vergiftungsideen; sie sieht Grünspan in der Milch usw.

2. März 1911. Nachts: Es ist jemand unter dem Bett; im Keller ist die Königin und wird von einem wahnsinnigen Mann gewürgt. — Um 12 Uhr wurde die Kranke von der Nachtwache schlafend auf dem Fußboden vorgefunden; wie das gekommen war, ließ sich nicht feststellen (keine Verletzungen).

12. März 1911. Tagüber fortwährend große ängstliche Unruhe. Beständige Halluzinationen und Wahnideen schreckhaften Inhalts. Es wird zum Fenster hereingeschossen mit Kanonen. Die Königin und die Tochter der Pat. sind unten im Keller eingeschlossen, alles Essen ist vergiftet. — Wegen andauernd minimaler Nahrungsaufnahme wird Pat. heute mit der Sonde ernährt; sie sträubt sich aufs heftigste.

15. März 1911. Nahrungsaufnahme besser; sonst keine Änderung. Die Tage sind ganz, oft auch die Nächte zum Teil ruhelos.

23. März 1911. In allen Speisen sind Nattern, die Pat. mit großer Umständlichkeit mit dem Löffel herausfischt. Nur aus Furcht vor der Sondenernährung entschließt sie sich, jeweils wieder etwas zu sich zu nehmen.

18. Mai 1911. Der Ernährungszustand geht fortwährend stark zurück. Einmal kam es bei Versuch der Sondenernährung zu einem kurzen Kollaps.

Juni 1911. Die Kranke ist in ständiger Aufregung und Furcht, von zahllosen Halluzinationen des Gesichts, Gehörs und Geruchs gepeinigt und erfüllt mit Wahnideen der Verfolgung, Beeinträchtigung, speziell der Vergiftung. Bezüglich der Angehörigen werden die schlimmsten Befürchtungen geäußert. -- „Heute ist schon 18 mal nach mir geschossen worden, glücklicherweise ist es meistens daneben gegangen.“ — Die Speisen sind meist vergiftet, die Hühner bekommen Gift, damit sie giftige Eier legen; in die Eier wird mit Nadeln, an denen Gift ist, hineingestochen; in der Milch ist Tinte usw. usw. — Manchmal darf Pat. nichts mehr sprechen, steht dann lange Zeit mit dem Gesicht nach der Tür, die Hände zum Gebet erhoben. - Sie liebt falsche Personenbezeichnungen, an denen sie hartnäckig festhält; eine Oberwärterin ist z. B. Ihre Majestät die Königin. Nachts ist sie öfters schlaflos, geht aus dem Bett, scheint auch manchmal herauszufallen. Die Nahrungsaufnahme ist ganz ungenügend, der Stuhlgang angehalten. Gegen Klystiere und Abführmittel wehrt sich Pat. verzweifelt.

31. August 1911. Die lebhaften Sinnestäuschungen und Wahnideen bestehen fort. Die Kinder der Kranken sind in der Wand eingesperrt, es geschieht alles mögliche Unglück, nachts wird sie mißhandelt, so daß ihr morgens noch von den Prügeln der Kopf weh tut. — Der Kräfte-

zustand geht stetig zurück; einmal kam es zu einem eintägigen Schwächeanfall mit großem Schlafbedürfnis.

22. Oktober 1911. Sie hört Stimmen in der Wand und spricht nach Anklopfen mit den darin befindlichen Herren; „es ist ein großer Raum drin". Im Essen sieht und schmeckt sie das Gift. Auf der Straße drunten sieht sie ihre Söhne, den Zaren von Rußland. — Sie wird von einer Hexe getötet, die Frau nebenan hat den Krebs, man will sie ermorden, ihr den Schädel einschlagen, die „Frau" hat es gesagt. — Nach einer Reihe guter Nächte ist sie jetzt häufig wieder sehr unruhig. Sie ist nachts oft unrein mit Urin; neulich schob sie den Sofa weg, verrichtete hinter denselben ihre Notdurft und schob den Sofa wieder zurück. — Dagegen zeigt sie bei gelegentlichen Besuchen ihrer Kinder große Freude, stellt ihnen den Arzt vor und benimmt sich dabei sehr hübsch und formgewandt.

5. November 1911. Die Kranke leidet oft schwer unter ihren Wahnvorstellungen. Die Nahrung kann ihr nur mit Gewalt und unter großer Gegenwehr beigebracht werden. Die Wärterin haßt sie deshalb. — Man will sie umbringen, verbrennen. Die „Frau nebenan" ist jetzt immer die Anstifterin, weshalb sie die Tür ins Nebenzimmer meist mit einem Tisch verbarrikadiert. — Als sie neulich wieder einmal aus dem Bett gefallen und ihr Handrücken infolgedessen stark geschwollen war, sagte sie, darüber zur Rede gestellt: „Die Frau nebenan hat mir eine Wespe hingesetzt, die hat mich gestochen." — Immer möchte sie nach Hause, macht sich häufig ein Päckchen zurecht und wartet stundenlang im Gang, bis man sie hinauslasse. Nachts geht sie viel aus dem Bett und dreht das Licht an. — Das Gewicht nimmt etwas zu.

20. November 1911. Nachdem Pat. in den letzten Wochen viel ruhiger und freier war, auch das Essen anstandlos zu sich nahm, ist sie jetzt ängstlich, hört wieder Stimmen in der Wand, hat Vergiftungsfurcht und ist im ganzen etwas verworren; so stand sie vergangene Nacht um 2 Uhr auf, um sich zu frisieren.

18. Dezember 1911. Nachmittags plötzlicher Kollaps mit völliger Bewußtlosigkeit (wenige Minuten). Keine Lähmungserscheinungen. Nachher großes Schlafbedürfnis.

30. Dezember 1911. Sie sitzt auf dem Sofa und erzählt mit geheimnisvoller Miene, sie könne nicht aufstehen, in dem Sofa sei der Sohn vom „Erbmedizinalrat". Daneben erzählt sie mit ausgezeichnetem Gedächtnis von früheren Zeiten.

21. Januar 1912. Sie beklagt sich, daß man sie mit Chloroform ausspritze, auch habe man sie schon am Gesäß angebrannt. Nachts zwinge man sie mit der Drohung, sie werde sonst umgebracht, zum Beten. Es sei doch schrecklich, daß man ihr in ihrem Alter zumute, auch nachts noch zu beten. Man droht ihr mit Gift, Elektrisieren usw.

6. März 1912. Die Kranke halluziniert dauernd, bei ganz geordnetem Verhalten, spricht viel vom König und der Königin; S. Majestät habe

gesagt, sie möchte ruhig dableiben, bis die Königin fort sei. — Nachts werden ihr die Backen angestrichen, es geht aber beim Waschen wieder weg.

Brief vom 10. April:

„Sr. Hochwohlgeboren Herrn Direktor Kreuser in Winnental.

Geehrter Herr Direktor!

Um die gütige Erlaubnis möchte ich Sie bitten, daß ich jetzt an einem der nächsten Tage, zu irgend einer günstigen Tageszeit abreisen darf, um zu meinen Kindern und Enkelkindern zu gehen! Indem ich Ihnen für Ihren freundlichen Schutz und Beistand herzlich danke, sage ich Ihnen, für den Fall, daß wir uns nicht mehr persönlich verabschieden können, ein herzliches Lebewohl!

Ihre dankbare, sehr ergebene

Frau Hofrat K.

Winnental, den 10. April 1912."

1. Mai 1912. Hört häufig den König und die Königin sprechen; im Zimmer nebenan heißt es, sie solle nachts ermordet werden. Auf der Butter sind Läuse, in der Milch Alkohol, Vitriol, Gift. — Dabei ist die Orientierung, auch zeitlich, stets richtig.

10. Juni 1912. Sie bringt ihre krankhaften Ideen in auffallend kindlichem Tone vor. Sie hörte sagen, ein Mann solle nachts zu ihr ins Zimmer gebracht werden, und bittet, man solle gut zuschließen. Gestern hat sie ein Ei bekommen, das von Gift ganz schwarz gewesen ist. In dem Ort, wo die Eier geholt wurden, gebe jemand, wie sie gehört habe, den Hühnern eigens Gift, damit sie giftige Eier legen; sie kenne das an den Flecken der Eierschalen.

1. Juli 1912. Man will sie zum braten haben, man beschuldigt sie, mit dem König Umgang zu haben. Einmal gab sie an, man habe ihr nachts Käfer in die Nase gesteckt; sie hatte deshalb solange in der Nase gebohrt, bis Blut kam. — Drunten habe eine Frau gesagt, sie solle heute gefressen werden. Von ihrer Bauchfistel (Operationsnarbe) erzählte sie, da sei ein Frosch daringesessen, der sei davongesprungen. — Abgesehen von den Konsequenzen, die sie aus ihren Sinnestäuschungen zieht (stellt Stühle an die Zimmertüre, spricht gelegentlich erregt zum Fenster hinaus, versteckt sich unter dem Bett), benimmt sich die Kranke durchaus geordnet, ist örtlich und zeitlich gut orientiert, weiß, wann Besuch da war, und wann wieder Besuch kommt. Die Krankheitseinsicht fehlt vollkommen; häufig bittet sie um ein Zeugnis, daß sie geistig gesund sei. Bei jedem Besuch hofft sie, daß man sie mitnehme, läßt sich aber vertrösten, wenn man ihr sagt, es wäre zu Hause ungeschickt u. ä. — Körperlich will sie sich nicht untersuchen lassen; sie geniert sich dabei wie ein kleines Mädchen.

6. September 1912. Pat. ist sehr erfreut über ihre Versetzung auf die Abteilung für ruhige Damen, die sie als das „Stift" bezeichnet. Auch das Spazierengehen in der Stadt, wozu sie neuerdings (mit Begleitung)

Erlaubnis hat, macht ihr viel Freude. — Dabei bestehen die Sinnestäuschungen in alter Weise fort. Häufig erzählt sie jetzt von einer Erbschaft, die sie von einem Verwandten, der früher hier Gerichtsnotar gewesen sei, gemacht habe und beschuldigt bestimmte Personen, diese wollten sie darum bringen.

23. September 1912. Sie ist jede zweite Nacht sehr unruhig, wird mißhandelt, „Tante Anna" will sie umbringen usw.

13. Februar 1913. Pat. ist nachts oft unruhig, schreit laut. Ihre absurden Ideen knüpfen sich jetzt meist an „Tante Anna" an (ihre Kusine Anna K., die auf derselben Abteilung ist, eine harmlose und hilflose, senil demente Kranke, die viel umhergeht und vor sich hinspricht): Diese ist eine Hexe, trachtet ihr nach dem Leben, will sie beerben; eine Pflegerin, von der Kranken „Vrenele" genannt, und ein Dekan H. haben es gleichfalls auf sie und ihre Verwandten abgesehen. — Ihre Handtücher riechen nach Heringen. Manchmal singt Pat. auf Befehl ihrer Stimmen. Sie schreibt öfters Briefe an ihre Kinder und bittet, sie heimzuholen.

Aus einem Brief an ihre Tochter:

„Winnental, den 15. Februar 1913.

Liebe O.! Erst gestern habe ich nach längerer Zeit einmal wieder den Merkur gelesen und an dem Datum gesehen, daß Dein Geburtstag, der 12. Februar, erst am vorigen Mittwoch gewesen ist. Man hat im Wohnzimmer schon seit dem Januar einen alten Kalender hingehängt, um mich seit längerer Zeit zu täuschen. Ich wünsche Dir, liebe O., nochmals Gottes reichsten Segen ....[1]). Ich kann es nicht beschreiben, wie schmerzlich ich den Umgang mit Euch l. Kindern und den l. Enkeln vermisse. Daß die liebe P. so viel leidend ist, betrübt und beunruhigt mich immer. Wenn ich daheim bei Euch l. Kindern in K. wäre, könnte ich Euch doch oft sehen und die l. J. und alle besuchen. Die l. P. könnte ich manchmal aufheitern und ihr allerlei erzählen, daß sie ihre Leiden wenigstens für kurze Zeit vergessen könnte. Wie wohl würde es mir tun, wenn ich wieder ganz bei Dir und Deinen l. Kindern wohnen dürfte und unter Eurem Schutz leben. Oft denke ich: Ist es denn unmöglich, daß mich der wohlunterrichtete l. Enkel R. oder der liebe Enkel und Arzt, mein Patenkind O. hier abholen könnten? Wenn ich daheim bei Euch wäre, könnte ich doch auch manchesmal hinüber zu der l. O. und ein wenig mit ihr plaudern, wenn ihr lieber Mann so viel in der Fabrik zu tun hat. Auch könnte ich dann in meinem noch nicht mehr gar zu langen Leben bei G.s öfters mich einstellen und der l. J. wenigstens vormittags ihre l. Kinder unterhalten und hüten helfen. Soll ich denn immer wegen dieser alten Jungfer Anna hier sein, welche mich nachts mißhandelt und mir das Augenlicht nehmen

[1]) An den punktierten Stellen sind belanglose Partien des Briefs ausgelassen, ebenso in den späteren Briefen.

will, indem sie mir Phosphorpulver in die Augen streut und mich im Ring herumdreht, damit ich bewußtlos werde und sie lege mich häufig dann noch auf den kalten Boden und sage dann morgens zu den Mädchen, warum sie nicht kommen und mich erretten, ich werde ja jede Nacht beinahe umgebracht von einem Mann und dieser Mann solle dann gar noch d. l. Onkel E. sein, welchen ich doch nimmer gesehen habe, seitdem er mich in dem anderen Haus im vorigen Frühling mit dem l. B. einmal besucht hat..... Marie R.... und Marie, meine Pflegerin und das Vrenele, Pauline genannt, und der Dekan H. und Frl. P. [1]) seien alles eine Verbrecherbande, welche heute hingerichtet werden soll, weil es nach und nach bekannt geworden ist, daß sie bereits zusammen mehr als 1000 Menschen um das Leben gebracht haben. Euch, liebe Kinder, habe es indessen nur geschützt, daß Ihr meine Kinder seid und den l. Onkel E. soll es geschützt haben, daß er mein Schwager ist, sonst wären wir gewiß nicht mehr am Leben..... Ich will Euch die Angelegenheit noch deutlicher mitteilen, womit ich erst gestern angenehm überrascht und erfreut worden bin, wodurch ich aber auch erfahren habe, daß ich mancher Erbschaft willen hier so unterdrückt und mit dem Tod beständig bedroht worden bin. Herr v. H. war ein Universitätsfreund von dem sel. Vater von Euch und hatte eine Tochter von Professor G. in Tübingen zur Frau, einer Schwester der ersten Frau von Fritz D., des verstorbenen Oberkonsistorialrats, der als zweite Frau die Catherine Sp. von B. hatte und ein Vetter von mir war. Eine weitere Schwägerin von Herrn v. H. war die Frau von Ho., geb. Antonie G. Die Frau von H. hatte keine Kinder; sie ist schon längst gestorben. Herr v. H. habe dann seine Haushaltung aufgegeben, weil er als alleinstehender Herr nicht im Alter so verlassen sein wollte und habe mich in seinem Testament beschenkt, weil ich in dem anderen Hause, wo ich durch bösen Willen mehrerer hiesiger Personen wegen der Erbschaft von Herrn v. R. und dessen Frau durch Gewalt hinübergenommen worden bin, über seinem, Herr v. H. Zimmer ein Zimmer zum wohnen hatte. Mein Singen soll ihm besonders gefallen haben und er mich deshalb auch, aber auch Eures l. Vaters wegen, so reich bedacht haben. Die Zimmereinrichtung soll es aber nicht allein sein, es sollen sich noch viele Sachen von dieser meiner Erbschaft noch in einer Kammer auf der oberen Bühne hier befinden. Neben der vollständigen Zimmereinrichtung soll auch noch ein ganz neues, noch ungebrauchtes Bett sein, welches mir auch gehört. 1000 Gulden, nicht Mark, habe ich ebenfalls von Herrn v. H. bekommen, welche die Tochter des Herrn Fabrikant M. an sich genommen habe unter dem lügenhaften Vorgeben, sie sei ein früheres Kind von mir und Herrn v. H., während ich mit Wissen Hr. v. H. nie gesehen und gekannt habe. Ich war bei Herrn v. H.s Tod schon einige Wochen im Schloß [2]) und wurde dann plötzlich

[1]) Eine Oberwärterin.
[2]) Schloß Winnental.

in das frühere Zimmer hineingelegt, das ich im Anfang meines hiesigen Aufenthalts bewohnt habe, und man sagte mir soeben, man habe mir dann das Bett samt dem Leintuch mit den Totenflecken gegeben, in welchen Hr. v. H. gestorben sei, am Vormittag dieses Tages. Gott sei Lob und Dank, hat es mir nichts getan....“

22. Mai 1913. Sie wird nachts chloroformiert, ihre Wangen werden mit Gift geätzt, die Nase wird ihr hinaufgestülpt, man will ihr die Nase abbeißen, sie ermorden, verbreitet Verläumdungen über sie, sie sei schwanger usw. Heute Nacht hat man ihr in das eine Nasenloch vier Blutläuse und in das andere zwei Blattläuse laufen lassen. Die Wärterinnen sind zum Teil ausgebrochene Zuchthäuslerinnen, Jüdinnen, die ihr nach dem Leben trachten, um sich ihr Geld anzueignen. — Trotz dieser zahllosen vermeintlichen Gefahren verhält sich Pat. meist vollständig ruhig, nur nachts ist sie gelegentlich schlaflos und umgetrieben, schreit wohl einmal einen ihrer krankhaften Einfälle laut zum Fenster hinaus.

Postkarte vom 17. Juni 1913 an ihre Kinder:

„Herrn und Frau Bankdirektor F. K. aus C., derzeit in Bad St. in Glarus, Vorarlberg.

Eure Nachricht aus St. habe ich richtig erhalten und mich über Eure glückliche Ankunft daselbst gefreut. Ich hoffe, daß Euch der Aufenthalt in St. gut bekommt. Die Besuche nacheinander hier bei mir von dem lieben O., von J., von Euren l. Söhnen und zuletzt am vorigen Donnerstag von H. G. haben mir sehr wohl getan und meinen etwas schweren Mut erfrischt und aufgerichtet. Und Gottes Liebe und Gnade möge unsere Zukunft freundlich gestalten, daß wir unsere weitere Lebenszeit bald vereint, recht bald in C. zubringen können. Herzliche Grüße mit dem Wunsche, meine Karte möchte Euch wohl antreffen, sendet Euch Eure treue, Euch liebende Mutter“.

Anfang Juli 1913 ist die Kranke während eines leichten Gallensteinanfalls, ganz gegen ihre Gewohnheit, einen Tag lang gereizt und unfreundlich, rechthaberisch gegen den Arzt, ist absolut nicht ins Bett zu bringen. Sie zählt die vielen Ärzte auf, die sich in ihrer Verwandtschaft befänden, und zieht daraus den Schluß, daß sie das besser verstehen müßte. Es ist ihr gesagt worden, vor 6 Uhr dürfe sie nicht zu Bett, sonst werde sie umgebracht. Am nächsten Tag entschuldigt sie sich angelegentlich für ihr Benehmen.

Aus einem Brief vom 2. Juli:

„Der 60 jährige sogenannte Aktuar Kreuser“ ist der Führer der ganzen, im Schloß vorhandenen Mörder- und Nihilistenbande.

Der Anstaltsdirektor tritt meist in dieser Rolle in ihren Briefen auf. Sobald er dagegen bei der Visite vor ihr steht, oder sie sich offiziell schriftlich an ihn zu wenden hat, ist sie über seine Persönlichkeit vollkommen klar orientiert, und sie begegnet ihm als Arzt mit der ungezwungen-

sten Freundlichkeit. Ein ähnliches Doppelleben führen auch andere, mit ihr verkehrende Personen in ihrem Bewußtsein.

Aus einem Brief an ihre Tochter vom 8. Juli 1913:

„Die Irren tun niemand was zu leid hier. Es sind 30 Nihilisten hier, sie sollen im vergangenen Jahr 600 Personen getötet haben. Für alle l. Besuche von Euch noch innigen Dank, auch Herrn Professor P. Machet keine weiteren Besuche bei mir, groß wäre ja meine Verantwortung, nachdem ich dies heute gehört habe. Der Besuch des l. Sohnes O. mit Herrn Professor Dr. P. rettete mich gestern abend vor Mißhandlung. Ich sollte um diese Zeit geschlachtet werden, d. h. bei ihnen, ich sollte bis aufs Hemd ausgezogen werden und sie wollten mich ins Krankenhaus schleppen und dort in ein Bett tun und einschließen.... Sie wollten durchaus meine Sonntagskleider verkaufen, um sich Getränke dafür anzuschaffen. Man will uns Pensionäre auf die Bitten des Herrn Dr. Kreusers wohl beschützen, aber solch entsetzliche Narren, die gar kein Gewissen haben, sind nicht zu berechnen und wir leben in steter Gefahr.... Wie gern hätte ich Euch l. Kindern eine Freude gemacht mit einem kleinen Hochzeitsstrauß und auch Onkel E. und den Enkelkindern. Auf alles muß ich hier verzichten, was den Wunsch ihrer Kinder zu erfreuen einer Mutter so wichtig ist“ usw.

Aus einem Brief an ihren Sohn vom 12. Juli 1913:

„... Es freut mich sehr, daß Dir der Aufenthalt in S. so gut getan hat und ebenfalls für Deine l. Frau, daß sie sogar noch einmal dahin zurückkehren will und die l. G. diesmal die schöne Schweiz wiedersehen darf. Du warst gleich bei Deiner Ankunft durch die Feier des Zeppelinfestes auf dem Rathaus in St. in Anspruch genommen. Durch den l. O. habe ich erfahren, daß die Feier sehr gut ausfiel und daß St. eine unvergeßliche Feier mehr hat.... Bei der Hochzeit .... gehofft ... teilnehmen zu dürfen. Tante Anna habe ich vor meinem Hiersein nicht näher gekannt .... schamlosester Weise gelogen .... chloroformiert .... das Zimmermädchen .... mich mit dem Tod bedroht. Tante Anna und auch Frau Notar B. (eine Patientin), welch letztere sich hier Frl. von Dieffenbach nannte und noch nennt .... mich bewußtlos gemacht .... mißhandelt. Auch Frl. P. [1]) und Marie Ö..... manchmal dabei gewesen. Sie tun es, weil sie böse seien, daß Euer entschlafener Vater und Onkel E. vor langer Zeit angebotene Liebesanträge von der Dieffenbach und der Tante Anna nicht angenommen haben und auch Marie Ö. und die Dieffenbachin von ihnen und Euch, meinen Söhnen, abgewiesen worden seien. Die Frl. Dieffenbach und die Marie Ö. hätten ein Verhältnis mit Herrn Dekan H. von H. und mit Herrn F., dem Mörder des Frl. H.; der Aktuar hier, welcher Seeräuber und Bandit gewesen sei und die Frl. P. sei auch dabei und noch einige Herrn..... Wenn das Monatsgeld, 200 M., für mich kommt,

[1]) Eine Oberwärterin.

werde es jedesmal durch die Marie Ö. auf der Post abgeholt und dann zahlen sie nur 50 M. an die Verwaltung und das übrige Geld verteilen sie untereinander. Sie hetzen die Leute im Schloß gegen mich auf und auch die Einwohner im Ort. Um Gottes Willen, sei vorsichtig in Gesellschaft. Sie nähern sich in Frauenkleidern oftmals und seien gefährliche Mörder unter ihnen und haben Könige und Fürsten auf dem Gewissen..... Wenn ich heimreisen will, schlagen sie mich fast tot..... Ich schreibe es nur auf die Gefahr hin, weil ich es gehört habe, daß ich in den nächsten Tagen hier sterben muß durch Gift oder Totschlag, wenn ich nicht vorher heimgehe und meine Kinder mich abholen..... Dich und Deine Kinder und Enkel grüßt noch in dieser Zeit der größten Not Deine Dich liebende, dankbare Mutter."

Die Schrift ist in allen Briefen entsprechend dem hohen Alter der Pat. ein wenig unsicher in der Linienführung, aber durchweg sehr klar, gleichmäßig und sauber.

Juli 1913. Bei der Abendvisite: Frau K.: Guten Abend, Herr Dr., entschuldigen Sie, daß es so wenig besuchsmäßig bei mir aussieht. Man hat heute Mittag die Betten gesonnt, sie sind deshalb noch nicht ganz in Ordnung. Arzt: Sie sind doch noch glücklich hereingebracht. Frau K.: Ja, man fürchtete, es werde ein Gewitter kommen. Arzt: Haben Sie gestern Besuch gehabt? Frau K.: Ja, Herr Professor Dr. P. war da mit meinem Neffen O.; er hat mir einen Strauß von Rosen und Rotdorn mitgebracht. — Heute nachmittag hatte ich Besuch von meiner ältesten Tochter. Arzt: Sie haben sich wohl sehr darüber gefreut? Frau K.: Ja, der Besuch hat mir außerordentlich wohlgetan. Sie wohnt in C. und fährt manchmal nachmittags zu mir nach Winnental herüber. Arzt: Sie sind nun schon mehrere Jahre da. Frau K. (rasch, energisch): Nein, ich bin erst 2½ Jahre hier in der Anstalt. Arzt: Sie kennen gewiß das Krankenhaus in C.? Frau K.: Ist Ihnen Herr Dr. N. dort bekannt? Ich war einmal längere Zeit bei ihm in Behandlung im Jahr 1892. — Ist er nicht ein sehr tüchtiger Arzt? Arzt: Gewiß. Frau K.: Und dann waren da noch zwei Schwestern, die mich verpflegten, Schwester A. und Schwester B. Sind sie wohl noch dort? Arzt: Schwester A. hat jetzt die Apotheke zu bedienen. Frau K.: Ach so, das freut mich, etwas von ihr zu hören; und Schwester B.? Arzt: Sie ist auch noch dort. Frau K. (lächelnd): Die Schwester B. war damals noch etwas ungeschickt; sie stammte aus St. und war erst kurze Zeit da. Sie mußte sich von Schwester A. vieles zeigen lassen, die war schon älter. — Nun, sie wird ja inzwischen auch recht tüchtig geworden sein. Arzt: Herrn Dr. M. können Sie sich wohl auch noch denken? Frau K.: Jawohl, ich kenne die Familie; vor allem kannte ich seinen verstorbenen älteren Bruder, K. M. und dessen Frau, die eine geborene H. war. .... Arzt: Guten Abend, Frau K. Frau K.: Guten Abend, Herr Dr., ich danke Ihnen für Ihren freundlichen Besuch.

Ende Juli 1913. Körperlicher Befund (Alter: 79 J.):

Kleine, gutgekleidete Matrone von zierlichem Körperbau, leicht gebückter Haltung, befriedigendem Kräfte- und Ernährungszustand. Die Haut ist welk, bei frischer Gesichtsfarbe.

Das r. Ohr ist (seit Jahren) vollkommen taub, auf dem l. Ohr hört die Pat., wenn man ihr mit lauter Stimme direkt ins Ohr spricht. Im übrigen sind die Hirnnerven o. B. Motilität und Reflexe, soweit prüfbar, o. B. Gang etwas trippelnd, rasch, in kleinen Schritten, nach Art alter Leute, sonst o. B. Sprache, Schrift ohne Störung. Etwas Tremor der Hände. Mäßige Rigidität der peripheren Arterien.

Eine genauere körperliche Untersuchung ist bei der erwähnten Abneigung der Pat. gegen eine solche nicht durchführbar.

Psychischer Befund: Im gewöhnlichen Gespräch und in kleineren schriftlichen Mitteilungen vermag sich Pat. meist kurz, klar und richtig auszudrücken. Wenn allerdings die Rede (meist erst nach längerer Dauer der Unterhaltung) auf ihre wahnhaften Erlebnisse kommt, so legt sie eine zunehmende Weitschweifigkeit und Redseligkeit an den Tag; es strömen ihr immer neue Gedanken zu, und es hält dann öfters schwer, das Gespräch abzubrechen. Dies ist in den Briefen in ganz analoger Weise zu beobachten. Das Gedächtnis für Altes und Jüngstvergangenes ist bei dem hohen Alter der Pat. auffallend frisch und umfassend. Krankheitseinsicht fehlt vollkommen. Die Stimmung bewegt sich an vielen Tagen kaum außerhalb der Gesundheitsbreite. Die Pat. plaudert dann sorglos und mit Vergnügen über alle möglichen indifferenten Dinge; auch die grotesken Mißhandlungen, die sie fortwährend erlebt, werden dann mehr als interessanter Gesprächsstoff verwertet. Immerhin droht auch zu solchen Zeiten die Stimmung nach längerer ruhiger Unterhaltung leicht in einen ängstlich-weinerlichen Ton umzuschlagen. An anderen Tagen ist die Kranke durchgehend ängstlich erregt, geht unruhig im Zimmer hin und her und klagt mit weinerlicher Stimme unter vielen Worten über ihre wahnhaften Erlebnisse. Auch hierbei kann sie sich im Gespräch oft auf Augenblicke vollständig vergessen. Der Zustand steigert sich besonders nachts, ist aber in letzter Zeit immer nur von mäßigem Grad und kurzer Dauer. Sehr selten tritt eine leichte, vorübergehende Gereiztheit zutage. — Das Handeln der Kranken ist von den Wahnvorstellungen im ganzen wenig beeinflußt. In der Verstimmung wird gelegentlich eine „vergiftete" Mahlzeit zurückgewiesen, ein andermal geht sie auf Befehl der Stimmen nicht ins Bett oder steht eine Zeitlang unbeweglich in der Zimmerecke. Im übrigen ist das Benehmen der Kranken durchaus geordnet und natürlich. Sie ist von freundlichem, zugänglichem Wesen, freut sich über jeden, auch den ärztlichen Besuch und bedankt sich jedesmal ausdrücklich, wenn man ihr längere Zeit widmet. Sie zeigt dabei durchweg die liebenswürdige Höflichkeit und die ausgeprägten Umgangsformen einer alten Dame guten Standes. Sie orientiert sich immer wieder über die Tagesereignisse und verfolgt mit liebevollem Interesse jedes

kleine Geschehnis in ihrer ausgebreiteten Familie. Hierin, wie im täglichen Verkehr erweist sich die ausgesprochen altruistische Natur ihrer Persönlichkeit. Beim Gespräch ist sie in Ausdruck und Geberde eher lebhaft, erzählt recht unterhaltend; wenn sie von ihren wahnhaften Erlebnissen spricht, schlägt sie öfters einen geheimnisvollen, wichtigen, stets einen auffallend kindlich-naiven Ton an. — Sie beschäftigt sich regelmäßig mit Handarbeiten und hält ihre Garderobe selbst in Ordnung.

2. Emilie Tr., geboren 1843, ledig, Telegraphistin. Der Vater war Ratsschreiber. Geistige Krankheiten sollen bei den Eltern nicht vorgekommen sein. Eine Schwester der Pat. ist mit 50 Jahren gestorben, ein Bruder war Schuldirektor, hat ein höheres Lebensalter erreicht. Beide angeblich immer normal. Die Pat. selbst war als Kind stets gesund, lernte sehr gut in der Schule, war einige Jahre als Stütze in einem Haushalt beschäftigt, später als Ladnerin tätig. 1870 machte sie das Examen für den Telegraphistenberuf, den sie seither ausübte. In all diesen Stellungen soll sie stets tüchtig und brauchbar gewesen sein. Sie wird geschildert als eine Person von heiterem, lebhaftem Temperament, sehr geselliger Veranlagung und gutem Charakter. Sie sei immer fleißig, dabei etwas oberflächlich gewesen und habe sehr viel von sich selbst gehalten. Körperlich hat sie keine nennenswerten Krankheiten durchgemacht. Anfang der 80er Jahre hatte sie im Anschluß an einen heftigen Schreck eine kurzdauernde Depression, die sie ohne ärztliche Behandlung überstand. 1903 (im 60. Lebensjahr) trat bei der Pat. im Zusammenhang mit einem Bronchialkatarrh eine Erkrankung an „Verfolgungswahn" auf, die der jetzt noch vorhandenen ähnlich gewesen zu sein scheint. Aus dem Giemen und Rasseln auf der Brust hörte sie damals Stimmen, namentlich: „Du mußt sterben". Nach 6—7 Wochen verschwanden die Stimmen und Pat. wurde wieder voll arbeitsfähig. — Die jetzige Erkrankung begann im August 1905, also im Alter von 62 Jahren. Die Pat. setzte sich eines Tages mitten in den Arbeitssaal, zerknitterte eine eben angekommene Depesche, lachte fortwährend und redete mit Personen, deren Stimmen sie zu hören glaubte. In ihre Wohnung verbracht, wähnte sie sich beständig verfolgt, glaubte, man wolle sie ermorden. „Meine Mutter war eben da als schwarze Frau und sagte, ich müsse in 8 Tagen sterben." Dann war wieder die Polizei in ihrem Zimmer, um die „Kerle" herauszuholen. Unter der Bettlade, in jedem Schubfach und Kasten wähnte sie einen Eindringling. Ihr rechtschaffenes Dienstmädchen beschuldigte sie aller möglichen bösen Taten. Aus Furcht vor den Verfolgern flüchtete sie schließlich zu ihrem Onkel, dieser brachte sie am 2. Oktober 1905 ins Bürgerhospital Stuttgart. Hier zeigte sie sich völlig orientiert; Kenntnisstand, Gedächtnis und Merkfähigkeit waren nicht beeinträchtigt. Sie wahrte nach außen stets ihre gute Haltung, benahm sich bei Unterhaltung freundlich und korrekt und gab über ihre persönlichen Verhältnisse exakt und fließend Auskunft; sie pflegte dabei eine gewisse weitschweifige Geschwätzigkeit an den Tag

zu legen. Ängstliche Erregungen mit Vergiftungsfurcht und motorischer Unruhe zeigten sich besonders nachts. Tagüber traf man sie meist heiteren Gesichts in leicht gehobener, der Situation wenig angemessener Stimmung bei ruhigem Verhalten. Solche Tage wechselten mit anderen, an welchen sie sich beständig mit Personen unterhielt, deren Stimmen sie zu hören glaubte. Den Kopf an die Wand gedrückt, die durch Drahtleitung mit der Bahn verbunden sei, war sie dann wohl in regem Telephongespräch anzutreffen: „Geht Ihr gleich fort? .... Also adieu! Glückliche Reise!“ usf. Im übrigen handelte es sich bei den Dingen, die sie krankhafterweise unablässig hörte, sah und roch, meist um ihre Verfolgung. „Herr Dr. Wildermuth ist heute schon 6 mal dagewesen und hat mich in der Lupe beobachtet, die ganze Zeit bin ich hier geblendet und elektrisiert worden. In den Betten sind lauter Geister, die ich erlösen soll und zum Teil auch schon erlöst habe.“ — Der Arzt wurde ins Zimmer hergerufen, ob er nicht das „Schnauben“ des „Amerikaners“ höre: „Emilie, ich habe Dich verlogen und verlästert und verliederlicht, und jetzt muß ich sterben!“ Er hat ihr Rache geschworen und will sie umbringen; er gehört zu den „Schwarzen“, die können durchs Fenster gehen. — Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen tauchen in buntem Wechsel auf und verschwinden. Bei ruhigem Vorhalt kann Pat. oft selbst nicht recht an alles glauben. — Bei äußeren Anlässen konnte die Kranke in lebhaften Zorn geraten: man glaube wohl, sie sei geisteskrank, und wolle sie hier unter Kuratel stellen usw. Ein gewisses Krankheitsgefühl war vorhanden, völlige Krankheitseinsicht fehlte.

1. November 1905. Aufnahme in die Heilanstalt Winnental.

Die Kranke gibt bereitwillig gute Auskunft über ihre Personalien und ihre früheren Lebensschicksale. Sie erzählt u. a.: Anfang der 80er Jahre habe sie einen heftigen Schreck gehabt, davon sei ihr alles verleidet gewesen, sie sei so müd gewesen. — Ihren Beruf als Telegraphengehilfin habe sie 35 Jahre lang, bis August d. J., versehen; dann sei es nimmer gegangen; die Beamten in Stuttgart seien alle nervös. Im Oktober 1905 sei sie ins Krankenhaus gekommen. Sie habe das Gefühl gehabt, als ob sie betäubt werde. Strychnin hat man ihr auf den Kopf gestreut, das hat gebrannt. Ihr linkes Ohr wurde mit Geisterstimmen verbunden, so daß sie jetzt immerfort Stimmen hört. Ihre Augen sind verblendet; viele Leute, die sie besuchen, sieht sie nicht. Schon in Stuttgart waren Stimmen in der Nähe, die keine Gestalt hatten; es war ein Amerikaner vom schwarzen Orden. Er bewegt sich durchs Zimmer; alles was vorkommt, wird geflüstert; es flüstern auch die Freunde des Amerikaners. Früher hatte Pat. keine Ahnung, daß es schwarze Orden gibt. — Dann roch es auch einmal nach Schwefel, und ihre Hände waren einmal ganz weiß, dann wieder braun. — Im Saal drüben kommen, sobald das Licht gelöscht wird, Stimmen vom Kopfkissen und vom Fußende des Betts. Sie fliegen zu den Fenstern herein. Sanitätsrat Stauß ist hier, der macht diese Sachen.

Er streut ihr Strychnin auf den Kopf und „Sufflin“, das ist braun. Sie wird elektrisiert und hypnotisiert. Überall sind Lupen, das sind Türen, die man von außen besuchen kann. Unter den Betten sind zwei Weckeruhren angebracht. Es ist ein unheimliches Treiben, überall Geister; „ein Geschnurr und Gesurr und Gesaus; es fliegt hinein und hinaus der Sanitätsrat Dr. Stauß“. — All das sind natürliche Sachen, nichts Krankhaftes. Krank ist Pat. überhaupt nicht, man soll sie nur gehen lassen.

Die Kranke verhielt sich zunächst auch weiterhin meist geordnet. Sie war heiterer Stimmung, freundlich und harmlos, erzählte, sie sei die Gräfin vom Wunnenstein, später werde sie Fürstin, und als solche sterbe sie dann. Oft traf man sie horchend und spähend an, dann wieder im Gespräch mit hohen Herrschaften, die sie häufig sah. Jedoch schon Ende Dezember 1905 machte sich an der Pat. eine steigende Unruhe bemerkbar: das Essen war ihr nimmer gut genug, sie blieb nicht im Bett, da dieses fortwährend verwandelt werde. Es folgte nun unter rascher Abnahme des Körpergewichts eine Periode heftiger Erregungszustände, die im September 1906 ihren Höhepunkt erreichte und mit kurzen Pausen bis gegen den Herbst 1907 anhielt, um von da ab langsam zurückzuebben. Sie wurde durch Stimmen, Gesichte, Mißempfindungen, durch Sinnestäuschungen jeder Art gequält, ermordet, geblendet, gestochen, vergiftet, sexuell gemißbraucht. Man wollte sie in einen Mann verwandeln, ihr einen Kuhkopf machen, sie als Wickelkind mit dem Kaiser in einen Wickel packen. Die Nahrung wies sie als vergiftet zurück. Bald sprang sie in heftigster Angst aus dem Bett, schrie durchdringend: Männer mit Schwertern wollten ihr von unten den Leib aufschlitzen, bald lief sie im Zorn, schimpfend und fluchend im Saal umher, weil sie alles mögliche in ihrem Bett versteckt glaubte. Es war auffallend, daß sie bei alledem ihrer Umgebung gegenüber stets umgänglich blieb und nie gegen jemanden aggressiv wurde. Überhaupt begannen nun gegen Ende des Jahres 1907 die Erregungen seltener und weniger heftig zu werden. Das Körpergewicht, das von 73,5 kg (November 1905) fortwährend bis 47,5 kg (Dezember 1906) gefallen war, hob sich von der zweiten Hälfte des Jahres 1907 an langsam, aber konstant. Schon im Dezember 1907 kam es nun vor, daß die Kranke lachend von ihren abenteuerlichen Erlebnissen und Mißhandlungen erzählte. Das folgende Frühjahr verbrachte sie meist in leichter heiterer Erregung und schmückte sich gern mit Blumen, die sie „von Männern“ bekommen hätte. In den langen Jahren seither hat die Krankheit mehr und mehr einen ruhigen Verlauf genommen, die Perioden affektiver und psychomotorischer Erregung sind allmählich seltener geworden, in dem psychischen Gesamtbild hat sich kaum etwas verändert. Tag für Tag lebte sie in all den wunderlichen, grotesken Wahnideen, Einfällen und Sinnestäuschungen, die ihr fast ununterbrochen zuströmten: Man hat ihr den Bauch krumm, die Nabelschnur falsch angesetzt, man macht ihr am Kopf herum, ungesehene Gäste wollen ihr das Gesicht zu-

richten; am Bein hat man ihr Nerven oder Schnüre hingemacht, nachts ihr eine Diarrhöe zusammengebraut; man hat ihr die Brustknochen herausgemacht, sie mit einem elektrischen Spiegel geblendet, ihr das Kreuzbein herausgesägt. Bald erzählte sie lächelnd, man habe ihr die Zunge ausgerissen, bald entrüstete sie sich über undankbare Bekannte, deren Stimmen sie hörte: „Ich habe ihnen schöne Kostüme gebracht, und da gehen sie zu dritt und viert und sagen, ich hätte nichts zum anziehen". Oft hörte, sah oder fühlte sie ihre Widersacher und schimpfte in erregtem Ton, wenn etwa Herr Müller, ein korpulenter Herr, zu ihr gesagt hatte, sie wäre eine katholische Schnalle [1]). Auf dem Kopfe ein Taschentuch, als Häubchen zusammengefaltet, lief sie dann unruhig im Saal auf und ab und führte lange, wortreiche, mit Reimen untermischte Gespräche mit ihren vermeintlich anwesenden Feinden. Hinter dem Pflegepersonal, wie hinter den Patientinnen witterte sie Männer, verkleidete Bauersknechte; die Oberwärterin nannte sie „Frau Übel", jeder der behandelnden Ärzte hatte seinem besonderen Titel „Herr Kaiser", „Hoheit Prinz August", „Herr Geheimer Hofrat" usw. In den früheren Jahren ihrer Erkrankung sind sichere Personenverkennungen beobachtet, späterhin ließ sich durch eindringliches Befragen stets feststellen, daß sie über den wirklichen Charakter der umgebenden Personen genau orientiert war. Lange Zeit beschäftigte sie sich mit einer alten Patientin, die sie ihren „Großvater" nannte, und um die sie in jeder Weise rührend besorgt war; sobald diese aus dem Bett ging, folgte sie ihr zu ihrem Schutz auf Schritt und Tritt; oft behielt sie auch im Bett die Pantoffeln am Fuß, um ihr sogleich beispringen zu können. Sie wurde gleich zornig und schimpfte laut, wenn sie den „Großvater" wahnhafterweise mißhandelt glaubte. So lebte sie jahrelang im Wachsaal und spazierte dort tagüber meist im Hemd hin und her; um keinen Preis ließ sie sich bewegen, Kleider anzuziehen und herauszugehen; alles, was sich außerhalb der vier Wände des Saals befand, schien ihr nicht geheuer; sie fürchtete, daß draußen noch mehr merkwürdige und unangenehme Dinge ihrer warteten. Sobald es dagegen vor 1—2 Jahren einmal gelungen war, sie zu überreden, ging sie von da ab viel und gern in Tagsaal und Garten; dazwischen war sie allerdings einmal wochenlang nicht außer Bett zu bringen. In dieser Weise mißtraute die Kranke jeder kleinen Änderung in ihren täglichen Gewohnheiten und protestierte zu Anfang jedesmal heftig, um sich sofort nach Durchführung gern und dauernd zu fügen. Sie hörte auch in den letzten Jahren immerfort Stimmen, die oft von gräulicher Mißhandlung ihrer Person sprachen, und erzählte davon in harmloser Weise. Sie fühlte sich keineswegs belästigt, wenn etwa in ihrem Unterleib fortwährend ein Ring herumging; dagegen verwahrte sie sich dagegen, daß sie neuerdings von der „Nordseite" „maschiniert", d. h. mit Maschinen bearbeitet

[1]) Dialektausdruck für Dirne.

werde, „der Mensch braucht doch ein Gesäß, das geht doch so unmöglich“. Sie beobachtete mit Interesse einen Kopf, der immer kleiner wurde, wenn sie auf ihn zuging, und zuletzt ganz verschwand, offenbar, weil er von ihr aufgezehrt sei. Auch nachts sprach sie manchmal, machte Licht und klopfte an die Fenster; es war allerhand Merkwürdiges dahinter: bald sah sie lauter kleine Männer in den Gittern sitzen, bald waren es alte Bekannte, die sie „minnen“ wollten, worüber sie dann in Erregung geriet. Im übrigen waren Erregungszustände in letzter Zeit sehr selten. Den Sommer über traf man sie meist auf einer Bank im Garten sitzend, in friedlichem Gespräch mit einer ihr befreundeten alten Patientin, die sie als „Frau Fürstin“ anredete. Sie erhob sich stets, wenn sie den Arzt von weitem den Weg daherkommen sah, machte ihm eine tiefe Verbeugung, erkundigte sich wohl einmal verbindlich nach seinem Befinden, plauderte mit ihm gern über dies und das und erzählte zum Schluß lächelnd ihre neuesten merkwürdigen Erlebnisse. — Als Beispiel sei hier eines der gewöhnlichen Tagesgespräche, zu einem Teil im Wortlaut, angefügt:

Juli 1913. Arzt: „Waren Sie gestern abend auch dabei?“

Frl. Tr.: „Bei dem Gartenfest? Nein, ich bin zu Bett gegangen, es war mir zu kühl. Der Boden ist dann so feucht, wenn es mittags geregnet hat.“

Arzt: „Wann sind denn die anderen Patienten zurückgekommen?“

Frl. Tr.: „O, ziemlich früh, etwa um 9 Uhr“ (richtig: 10 Uhr). „Waren Sie im Urlaub inzwischen?“

Arzt: Nein, ich war vorübergehend auf einer anderen Abteilung. Herr Dr. H. ist augenblicklich in Ferien.“

Frl. Tr.: „Wo ist er denn?“ usw.

Frl. Tr.: Sie könnten auch wohl Urlaub brauchen, Sie sehen etwas blaß.“

Arzt: „Ich wollte Sie bitten, mir gelegentlich über Ihr früheres Leben etwas zu schreiben.“

Frl. Tr.: „Ich schreibe Ihnen dann einmal einen Brief von Stuttgart aus, wenn ich hier aus der Anstalt entlassen bin.“

Arzt: „Und inzwischen?“

Frl. Tr.: „Ach, das sind ja alles ganz einfache Dinge und nichts besonderes dran, das kann ich Ihnen so erzählen: Ich bin in Schramberg geboren, mein Vater war Ratschreiber dort (Verwandte?). Meine Schwester ist gestorben; mein Bruder war Schuldirektor in M.; ich habe schon lange nichts mehr von ihm gehört, ich weiß nicht, ob er noch lebt —.“ Sie erzählt auf Befragen, wie sie Telegraphistin gewesen sei, in Stuttgart, Neckarstraße Nr. 317, im Hause des Metzgermeisters Müller gewohnt habe; sie habe ihren Haushalt allein geführt, mit Hilfe einer Lauffrau, namens Schulz, die Werktags von 10—3 Uhr sie bedient habe und am Samstag, als am Putztag, den ganzen Nachmittag dagewesen sei. Dafür habe sie ihr — M. monatlich bezahlt usw. Als dann die Verfolgungen begonnen

hätten, hätte sie sich zu ihrem Onkel, Franz Tr. in der — straße, geflüchtet; es sei etwa im August 1906 (richtig 1905) gewesen. Dieser habe sie in ein Stuttgarter Krankenhaus getan; man habe ihr dann gesagt, sie sei erholungsbedürftig und müsse eine Zeitlang in ein Sanatorium in Urlaub gehen, und so sei sie durch katholische Schwestern hierher in die Heilanstalt Winnental gebracht worden, wo sie jetzt seit 6½ Jahren zurückgehalten werde, obgleich sie gar nicht geisteskrank sei. Sie erzählt von den verschiedenen Abteilungen, wo sie seither untergebracht war, nennt sie mit Namen und zeigt durchs Fenster die einzelnen Gebäude; nicht überall habe es ihr gleich gut gefallen; z. B. unten, Abteilung K, wo die Siechen untergebracht seien, und wo sie sich zuletzt befunden habe, sei nicht das Richtige für sie gewesen.

Arzt: Hier gefällt es Ihnen besser?

Frl. Tr.: Ja, hier oben auf J habe ich mehr Unterhaltung, die Leute sind nicht so stumpfsinnig, wie die drunten.

17. Juni 1913. Pat. soll zu einer Unterredung ins Ärztezimmer kommen; sie ist hierzu nicht zu bewegen, zeigt großes Mißtrauen. Sie wird auf dem Saal angetroffen in heftigem Zorn über die Wärterin, die sie hatte holen wollen. Sobald der Arzt sie anspricht, gibt sie in freundlicher, sehr höflicher Weise Antwort, zeigt hierbei raschen Umschlag in ihre gewöhnliche, heitere Stimmung, um aber sofort wieder in zorniges Schelten zu verfallen. Der Gegenstand desselben ist auf einmal nicht mehr die Wärterin, sondern bald Herr und Frau Müller, bald der Franz Tr. (Onkel der Pat.), bald die Frau Schulz. Sie zankt sich mit diesen, als ob sie vor ihr stünden. (A. V.) Herr Müller ist ein Metzger, ihr früherer Hausherr in der Neckarstraße. Frau Schulz ist ihre einstige Lauffrau. Die Genannten schikanieren sie in jeder Weise, seit sie hier ist. Frau Schulz oder Frau Müller will sie nämlich schon lange in einen Metzgerladen auf dem Wunnenstein bringen, um dann selbst Wunnengräfin werden zu können. Diese alle gehen täglich hier ein und aus, sie hat sie schon oft durch die Haustür kommen sehen. Herrn Müller sieht sie häufig auf einer Bank im Garten sitzen. Man will sie verhandeln und vertandeln und verschandeln, man will sie verjagen und vertragen und verschlagen. Eben jetzt sind sie wieder dort hinter den Ventilationsgittern, man hört sie sprechen und arbeiten: Es sind fünf Männer, Herr Müller, Herr Stötzle, Herr X, Y und Z. Diese wollen, Pat. soll sie minnen, sie hätte nämlich alle drei miteinander einmal heiraten sollen; sie sagen, sie soll mit ihnen ins Bett liegen. — Hauptsächlich in unterem Stock des Hauses ists nicht geheuer, dort treiben die Obengenannten vielfach ihr Wesen; die Patientinnen sollen, wie sie gehört hat, großenteils Männer sein; auf dem Abort unten hat man sie mit allen Orten verbunden. — Die Villa gegenüber (das Verwaltungsgebäude der Anstalt) gehört ihr, von ihren Eltern her; aber auch dort mischen sich Herr und Frau Müller ein. Erst neulich hat sie einmal vom Fenster aus zugesehen, wie dieselben die Villa ganz ausgeräumt haben. — Im übrigen hat sie noch

Anspruch auf 800 Milliarden 78 Pfennig, das ist eine Erbschaft; zudem bezieht sie große Apanagen vom russischen Hof, weil nämlich ihr Vater der Kaiser von Rußland ist. (Ein andermal im Gespräch, auf Vorhalt, daß ihr Vater doch wohl Tr. heißen müßte:) Ja ihr Vater ist der Herr Tr., aber ihre Mutter ist die Königin Olga; auch Herr Schwarzkopfs sind mit der Königin O. verwandt, deren Großvater den Adler in Untersteinbach hatte. — Die Mutter und Großmutter der Pat. leben noch (A. V., die müßten dann sehr alt sein:), allerdings leben sie nur noch halb. Vater und Großvater sind, wie sie gehört hat, gestern gestorben; Pat. hat sie aber erst neulich noch hier gesehen. Auf die Frage nach ihrem Alter ziert sich die Kranke längere Zeit; endlich gibt sie an, sie wäre etwa 47 Jahre, wenn man die 20 Jahre im Himmel abrechnete. (A. V.) Sie wäre als Kind im Himmel gewesen, ohne gestorben zu sein; sie weiß nichts mehr davon, es sei aber sehr schön gewesen. Pat. hat sechs Kinder, lauter Mädchen, das jüngste heißt Emilie (A. V.). Die Namen der anderen hat sie vergessen; man hat sie gleich nach der Geburt fortgetan; übrigens weiß das der „Herr Kaiser" genau, bei dem kann mans erfahren.

30. Juni 1913. Fast täglich erzählt sie auf Befragen im Plauderton, geheimnisvoll lächelnd die merkwürdigsten Erlebnisse: Es wird ihr etwas „eingerichtet", mit Schwämmen, im Unterleib; „man kann sich ja einrichten so oder so, es fragt sich bloß, wie?" Sie wird ausgenommen, der ganze Unterleib; täglich werden ihr lange Schnitte in den Bauch gemacht; die Wera und die Mina und die Frida, die unten aus- und eingehen, zapfen ihr Blut ab in Fläschchen, etwa von dieser Größe; weshalb man ihr das macht, weiß sie nicht, das könnte man doch in der Apotheke haben.

3. Juli 1913. Bei Aufforderung, aufs Arztzimmer zu kommen, ist sie wieder sehr mißtrauisch, vermutet, sie solle auf eine andere Abteilung versetzt werden; beginnt sofort alle Abteilungen aufzuzählen, auf denen sie schon war. Auch zum Schreiben ist sie lange nicht zu bewegen. Auf erneutes Drängen schreibt sie endlich in gereizter Stimmung mit großen, flotten Zügen:

„Stuttgart.

Wenn die allerhöchsten Herrn bezweifeln wollen, ob ihre Wenigkeit nicht mehr schreiben können, so gestatte ich mir, in kurzen Worten zeigen zu wollen, daß ihre Schrift noch dieselbe, wie auch früher zu lesen sein wird.

Hochachtungsvoll
Emilie Tr.
von Schramberg."

Die Schrift ist von Anfang bis zu Ende gleichmäßig leserlich, sauber und regelmäßig in der Anordnung.

Ende Juli 1913. Körperlicher Befund: Kleines, korpulentes altes Fräulein, kräftig gebaut, von blühender Gesichtsfarbe und reichlichem Haar. Der Schädel bietet keine Besonderheiten. Die Pupillen sind gleich-

mittelweit, rund, reagieren prompt und ausgiebig auf Lichteinfall und Akkomodation. Die Hirnnerven zeigen keine Störung. Die Reflexe sind sämtlich in mittlerer Stärke auslösbar. Sensibilität und Motilität ist am ganzen Körper intakt. Stärkerer Tremor besteht nicht. Die peripheren Arterien sind mäßig rigide. Der Puls, von etwa 80 Schlägen in der Minute, ist (seit vielen Jahren) leicht irregulär. Das Herz zeigt keine nachweisbaren Veränderungen, auch sonst sind die inneren Organe ohne krankhaften Befund. — Hör- und Sehvermögen sind beiderseits gut.

Psychischer Befund: Im gewöhnlichen, ruhigen Tagesgespräch zeigt sich die Kranke vollkommen gut orientiert, so sehr dies oft hinter ihren ungeheuerlichen Fabeleien sich auf den ersten Blick verbirgt. Sie faßt dabei das Gesprochene mühelos auf und vermag auch einige Zeit auf das eingeschlagene Thema sich zu konzentrieren, wobei sie meist dem Arzte das Wort läßt und selbst eine höfliche Zurückhaltung bewahrt. Anders in der Erregung; es erscheint dann unter dem stürmischen Andrang wahnhafter Vorstellungen sehr zweifelhaft, ob sie in jedem Augenblick ein klares Bild von ihrer Umgebung hat. Unter dem ausdrucksvollsten Geberdenspiel entwickelt sich dann, in Rhythmus und Reim von einem Gedanken zum anderen springend und nach immer neuen Richtungen sich verlierend, ein reißender Redestrom, der kaum auf einen Augenblick zurückzudämmen ist. Eine leichtere Erregung mit mäßigem Gedanken- und Rededrang kommt schon bei längerer Dauer eines ruhigen Gesprächs öfters zum Vorschein. — An den meisten Tagen trifft man die Pat. in einer leicht gehobenen, vergnügten Stimmung; das Gesicht scheint von einer stillen inneren Heiterkeit zu glänzen. Bei scherzhafter Unterhaltung erreicht diese Heiterkeit hohe Grade; sie antwortet dabei schlagfertig und kommt mehr und mehr ins Lachen hinein, ohne doch ihre gute Haltung zu verlieren. Auch ihre grotesken, inneren Erlebnisse vermögen gegenwärtig nicht im mindesten ihre Stimmung zu trüben. Dagegen beantwortet sie unangenehme Erfahrungen des äußeren Lebens mit kräftigen Zornausbrüchen; auch hierbei bewahrt sie ihre Haltung und neigt nicht zu stärkerer Betätigung. Während der zornigen Erregung läßt sich meist ein rascher, vorübergehender Umschlag in Heiterkeit erzielen. Angstzustände sind in letzter Zeit nicht beobachtet. — Die Merkfähigkeit ist im ganzen eine gute. Ebenvergangenes vermag die Kranke auf gehöriges Befragen meist ziemlich vollständig und richtig wiederzugeben. Hierbei kommt es ihr jedoch auf kleinere Ungenauigkeiten nicht an, obgleich sie dieselben nach Vorhalt häufig zu korrigieren vermag. Die Ereignisse ihres früheren Lebens hat die Kranke mit Einschluß aller Namen bis in kleine Details und, soweit kontrollierbar, richtig zur Hand. Die Erzählung vermischt sie mit luftigen Konfabulationen, die aber den chronologischen Zusammenhang der wirklichen Erlebnisse keineswegs stören. Sie werden zeitlich gar nicht eingereiht oder gehen anderenfalls frei neben den letzteren einher. Immerhin ist sie in zahlenmäßigen Daten öfters

ungenau, indem sie z. B. den Zeitpunkt ihres Eintritts in die Anstalt um 1 Jahr zu spät angibt. Doch ist die zeitliche Aufeinanderfolge der Ereignisse und die ungefähre zeitliche Lokalisation richtig. — Der Kenntnisstand ist bei der Abneigung der Kranken gegen planmäßiges Ausgefragtwerden nicht sicher abzugrenzen. Gesprächweise eingestreute Kenntnisfragen und einfache Rechenaufgaben werden richtig gelöst. In ihrem Benehmen ist Pat. stets natürlich und augenblicklich durchaus geordnet. Sie ist freundlichen, gutmütigen Wesens, in ihrer Höflichkeit beinahe zeremoniell, doch nie manieriert. Eine zusammenhängende Unterhaltung über die gewöhnlichen Gesprächsgegenstände läßt sich ohne Schwierigkeit mit ihr führen. Sie verfolgt, soweit sie nicht durch innere Erlebnisse abgelenkt ist, mit Interesse die kleinen Vorkommnisse des Anstaltslebens und nimmt Anteil an dem Ergehen ihrer Nebenmenschen. Sprechweise und Ausdrucksbewegungen der Kranken sind lebhaft und anschaulich. Sie spricht stets in gutem Schriftdeutsch mit Vorliebe für würdevolle, umständliche, gewählte Ausdrucksweise. Zu einer Beschäftigung ist sie nicht zu bewegen.

Die beiden Krankheitsbilder bieten, auch abgesehen von Eigentümlichkeiten des Verlaufs, auf die später zurückgekommen werden soll, in symptomatischer Beziehung weithin übereinstimmende Züge, so daß sie wie eine mehr manische und eine mehr depressive Variante desselben Zustandes anmuten („manisch“ und „depressiv“ als rein symptomatische Ausdrücke). Im Fall K. dominieren Zustandsbilder, wie wir sie bei der agitierten Melancholie zu sehen gewohnt sind: Anfälle heftigster Angst bis zur Bewußtseinstrübung, ruheloses Umherlaufen, Fortdrängen, hartnäckige Nahrungsverweigerung, großes Mitteilungsbedürfnis, — während Frl. Tr. nach manischer Art heiter, selbstbewußt, zu flotten Zornausbrüchen geneigt, sich erotisch mit Blumen schmückt und bei gegebenem Anlaß in lange, gereimte, ideenreiche Ergüsse verfällt; doch fehlt es weder hier an depressiven, noch im Fall K. an expansiven Krankheitszügen. Was aber beiden Fällen durchaus gemeinsam ist, was alle anderen Symptome ganz überlagert, das ist eine geradezu abundante, anfangs von Affekt gefärbte, später immer neutraler werdende, barocke Wahnbildung, die mit unablässigen, mannigfaltigen, massenhaften Sinnestäuschungen einhergeht. Das dritte gemeinsame Hauptcharakteristikum, das nach dem Abflauen der akuteren Krankheitserscheinungen zuletzt in beiden Fällen zutage tritt, ist die erhaltene äußere Ordnung des Benehmens und die Fähigkeit, trotz aller Wahnvorstellungen mit der Umwelt in einem ersprießlichen geistigen Konnex zu leben.

Wenden wir uns nach diesen Feststellungen, die schon ein erster Überblick ergibt, den ungemein reichhaltigen und wechselnden Symptombildern im einzelnen zu, so werden wir uns zunächst mit dem affektiven Verhalten der beiden Kranken zu befassen haben. Den Beginn der Erkrankung bezeichnet beidemal eine heftige angstvolle Erregung, die das ganze Seelenleben beherrscht, die Vorstellungen und Handlungen bestimmt. Sie geht mit psychomotorischer Agitation einher und führt speziell bei Frau K. manchmal zu nächtlichen Bewußtseinstrübungen, wo sie dann verworrene Handlungen begeht, aus dem Bett fällt, zum Fenster hinausruft, sich zu frisieren beginnt, fortdrängt usw. Bei Frl. Tr. alternieren die Angstzustände schon zu Anfang mit einer leichten heiteren Gehobenheit, und während erstere bald schwächer und seltener werden, bildet letztere später den Grundton des ganzen Seelenlebens. Auch die Angst selbst enthält bei ihr expansive Elemente, die sich in entschlossener, aktiver Reaktion auf die vermeintlichen Verfolgungen verraten, und bald gewinnen diese Elemente in ihr die Oberhand, wenn sie dazu übergeht, in heftigen Zornausbrüchen ihre Widersacher zu beschimpfen. Auch Frau K. sind expansive Stimmungen keineswegs fremd. Schon die Größenideen, die gleich zu Anfang mitten zwischen Perioden verzweifelter Angst da und dort auftauchen, sind ohne eine solche Grundlage undenkbar; und ebenso unvermutet hat sie späterhin Tage, wo sie in selbstbewußter Gereiztheit ihren Willen energisch der Außenwelt entgegenstellt. Im ganzen aber ist hier die Angst ebenso vorherrschend, wie bei Frl. Tr. Zorn und Heiterkeit. Nachdem wir die gegensätzlichen Stimmungen erkannt haben, die sich in den Kranken um den Vorrang streiten, werden wir uns nicht wundern, wenn wir sie manchmal auch zum ausgesprochenen „Mischaffekt“ verschmolzen finden. wenn die Kranken mit Mißtrauen ihre Umgebung betrachten und da und dort Hintergehung und Benachteiligung wittern. — Durchaus übereinstimmend ist beidemal die Stellung des Affekts im Gesamtkrankheitsverlauf: der Beginn in heftigen Affektstößen, die allmählich seltener und leichter werden, um zuletzt einer in mäßiger Breite schwankenden mittleren Stimmungslage Platz zu machen, die bei Frl. Tr. mehr nach der expansiven, bei Frau K. mehr nach der depressiven Seite zu liegt. Bezeichnend ist für beide die durchgehende affektive Labilität, die sich zu Anfang in extremen, unvermittelten

Affektschwankungen kundtut; und späterhin zeigt sich schon im ruhigen Gespräch und noch mehr bei kleinen Anlässen bei Frau K. die Tendenz, zwischen Gleichmut und Angst, bei Frl. Tr., zwischen Zorn und Heiterkeit hin- und herzufallen. Wo aber überhaupt eine affektive Reaktion erfolgt, da ist sie, auch in den späteren Stadien der Erkrankung, stets kräftig und natürlich.

Wenden wir uns nun den Störungen des Assoziationsablaufs zu, so sind diese im Fall Tr. von Anfang bis zu Ende gleichartige und wohl auch durchaus eindeutige. Die Protokolle vom 1. November 1905 und vom 17. Juni 1913 zeigen die Kranke bei der Produktion einer bunten Fülle rasch wechselnder, affektbetonter, inhaltlich verständlicher, in größeren Gruppen assoziativ zusammenhängender, aber nicht durch Obervorstellungen logisch zusammengehaltener Vorstellungen, auf Zwischenfragen stets eingehend, aber rasch weiterschweifend; Rhythmus und Reim beherrschen dabei den sprachlichen Ausdruck in viel ausgedehnterem Maße, als es hier schriftlich festgehalten werden konnte. Kurz, es ist das typische Bild einer mäßigen Ideenflucht. — Weniger augenfällig, aber doch unverkennbar sind die Assoziationsstörungen der Frau K.

Zu Beginn der Erkrankung findet sich die Notiz des Hausarztes, daß die Pat. sich für nichts mehr interessiere, die Ereignisse der letzten Zeit nicht mehr recht zusammenbringe und den Eindruck einer gewissen Intellektschwäche mache. Wenn wir damit zusammenhalten, daß Frau K. späterhin an allen Vorkommnissen in ihrem engeren und weiteren Lebenskreis regen Anteil nimmt und dieselben bis ins kleinste Detail gedächtnismäßig vollkommen beherrscht, so ist der Schluß nicht von der Hand zu weisen, daß es sich damals um eine vorübergehende Denkhemmung gehandelt hat. Kurze Zeit später ist dieselbe, und zwar dauernd, in das Gegenteil umgeschlagen. Es entwickelt sich ein lebhaftes Mitteilungs- und Schreibbedürfnis, wie es sich in ihren sehr häufigen und sehr umfangreichen Briefen (hier nur bruchstückweise wiedergegeben) ausspricht. Wir können keinen Augenblick im Zweifel sein, daß es sich hier nicht einfach um die senile, gedankenarme Umständlichkeit und Weitschweifigkeit des Ausdrucks handelt, wenn wir sehen, wie sich hier auf engem Raum die bunten, lebhaften, rasch wechselnden Gedanken förmlich drängen. Diese Gedankenreihen sind keineswegs zerfahren, sondern assoziativ gut zusammengehalten und lassen nur in den betreffenden Partien der Briefe die logische Disziplin vermissen. Als klassisches Beispiel für das Verlieren der Zielvorstellung bei gutem assoziativem Zusammenhang greife ich aus vielen den Satz heraus: „Ich sollte um diese Zeit geschlachtet werden.

d. h. bei ihnen, ich sollte bis aufs Hemd ausgezogen werden und sie wollten mich ins Krankenhaus schleppen und dort in ein Bett tun und einschließen.“ Es kommt der Pat. der Einfall, sie sollte geschlachtet werden und sie beginnt dies im Stil einer Armesünderszene zu schildern: ich sollte bis aufs Hemd ausgezogen werden; bei dem Wort „Hemd“ entgleist sie in den naheliegenden Vorstellungskreis „Krankenhaus“ hinüber und wird so am Schluß des Satzes, der mit der blutigsten Hinrichtung begann, einfach ins Bett gelegt.

Überblicken wir rasch noch einmal das genau auf Grund der Krankengeschichte entworfene Bild, so erkennen wir darin Zug für Zug die Schilderung wiederum einer leichten Ideenflucht. Jede andere Interpretation, vor allem in der Richtung einer irgendwie gearteten Demenz, widerlegt sich nicht nur durch die vorurteilslose Betrachtung der Denkstörung selbst, sondern schon bei einer Inventaraufnahme des Gesamtvorstellungsschatzes, wie sie später gegeben werden soll.

Was über die Störungen des Wahrnehmungsvorganges zu sagen ist, läßt sich zunächst kurz zusammenfassen. Die Auslösung von Sinnestäuschungen ist bei beiden Kranken geradezu enorm erleichtert; sie produzieren solche beständig, während sie ruhig im Garten sitzen oder Briefe schreiben, auch am hellen Tag und bei ruhiger Gemütslage.

Inhaltlich lassen sich die Sinnestäuschungen nur besprechen als Teilerscheinung des gesamten krankhaften Vorstellungsinhalts überhaupt. — Hier sind zuerst zwei Gruppen verfälschter Vorstellungen zu erwähnen, die zunächst keiner weiteren Erläuterung bedürfen. Wir finden, vorwiegend zu Beginn der Krankheit, einfache, ich möchte sagen geordnete Vorstellungen depressiver Art, wie sie im gesunden und kranken Leben mit den betreffenden Affekten verknüpft zu sein pflegen: bevorstehendes Lebensende, Ermordung, Vergiftung, drohendes Unheil für die Angehörigen, kurz, wahnhafte Einbildungen und Befürchtungen, nur in großen Umrissen vorgestellt, wie wir sie als Korrelat der entsprechenden starken Affekte, speziell bei Melancholien, täglich zu sehen gewohnt sind. Und ebensowenig werden wir uns wundern, wenn wir in beiden Krankheitsfällen, bei ihrem so vielfach wechselnden und gemischten affektiven Verlauf, da und dort auf einfache Beziehungsideen im Sinne des Mißtrauens stoßen, wenn etwa Frau K. hinter einem Versehen beim Abreißen des Kalenders eine boshafte

Täuschung oder Frl. Tr. hinter der Aufforderung, ins Ärztezimmer zu kommen, die Absicht einer unerwünschten Versetzung argwöhnt.

Sobald wir aber mit diesen beiden kleinen Gruppen von Wahnideen zu Ende sind, verlassen wir den festen Boden des geläufigen melancholischen und paranoischen Zustandsbilds und sehen uns umgeben von einem bunten, unabsehbaren, unaufhörlich wechselnden Gedränge der mannigfaltigsten und ungereimtesten Ideen. Wir könnten von „barocker" oder „phantastischer Wahnbildung" sprechen, wenn damit etwas anderes ausgedrückt wäre, als eben die Tatsache, daß wir sie nicht verstehen. Diesen rasch aufschießenden, mit Lebhaftigkeit erfaßten, oft schauerlich klingenden und lächelnd vorgebrachten, bald hartnäckig festgehaltenen, bald spielend fallen gelassenen, so unlogischen und doch so anschaulichen Gedankengebilden stehen wir mit den gebräuchlichen Hauptkategorien von Wahnformen ratlos gegenüber. Sie lassen sich mit den kunstvollen Gedankengebäuden des beziehenden Paranoikers oder mit dem affektschweren Wahnsinn des typischen Melancholikers überhaupt nicht vergleichen und nur Ähnlichkeiten äußerlichster Art erinnern an die entgleisten Kombinationen und verschrobenen Satzerfindungen des phantastischen Schizophrenen oder das einbildungsschwache Gefasel eines senil Verblödenden. Es bringt auch keine Klärung, wenn wir versuchen, diesen krankhaften Vorstellungsinhalt in Halluzinationen, stabile Wahnideen und lockere, vergängliche Fehlgedanken zu sondern; denn es stellt sich sofort heraus, daß dies ganz undurchführbar ist. Findet sich doch jeder denkbare Übergang von der optischen Halluzination greifbarster Sinnlichkeit (Nattern werden mit dem Löffel aus den Speisen gefischt) über verschwommene Akoasmen (charakteristischer Konjunktiv: „und mich im Ring herumdrehe" oder: „sie sollen im vergangenen Jahr 600 Personen getötet haben") und über Erinnerungsbilder von der konkreten Deutlichkeit sinnlich erlebter Vorgänge („ich habe ihnen schöne Kostüme gebracht"....) zur einfachen, subjektiv unumstößlichen Wahnidee in jeder Abstufung des Realitätswerts und von da über zwar fest geglaubte, aber nur einmal flüchtig auftauchende und innerlich belanglose Einbildungen („im Sopha ist der Sohn vom Erbmedizinalrat") bis zu jenen lockeren Fehlgedanken, die kaum erzeugt, schon desavouiert werden („ihr Vater ist der Kaiser von Rußland"; nachher „ihr Vater ist Herr Tr.").

Wir fühlen schon beim Durchlesen der Krankengeschichten heraus, daß all diese Halluzinationen, Wahnideen und Fehlgedanken inhaltlich gleichartig, Vorstellungen eines ganz bestimmten, gemeinsamen Typs sind, einerlei ob sie affektbetont oder nicht, festgeglaubt oder flüchtig hingeworfen, rasch vergessen sind oder hartnäckig wiederauftauchen. Es gibt wohl nur noch eine Krankheit, die allenfalls jahrelang einen solchen Überfluß ungereimter, bizarrer halluzinatorischer Wahnideen zu produzieren vermag, das ist die paranoide Dementia praecox und gerade der Vergleich mit diesen Formen ist sehr geeignet, die gemeinsame Eigenart der hier vorliegenden Wahnvorstellungen klarzumachen. Stellen wir den phantastischen Schizophrenen, dem die Gedanken abgezogen werden, dem das Hirn sich wie in Wickeln dreht, dem die Natur aufgeregt wird, der sich in öffentlicher hypnotischer Haft befindet usw. gerade mit diesen seinen bezeichnendsten Ideen neben unsere Kranken: man will ihnen die Nase abbeißen, ihnen die Backen mit Farbe anstreichen, sie in einen Metzgerladen auf dem Wunnenstein versetzen, man läßt ihnen ins eine Nasenloch vier Blutläuse und ins andere zwei Blattläuse laufen usw., so ist der Unterschied in zwei Richtungen ein höchst augenfälliger. Es ist einmal die klare, natürliche Ausdrucksweise, die Ungezwungenheit der sprachlichen Fassung, was die Wahnideen unserer Kranken vor jenen andern auszeichnet. Auch den verblümtesten Redensarten von Frl. Tr., daß man sie „von der Nordseite maschiniere", ihr „etwas einrichte", liegen, im Zusammenhang leicht verständlich, die greifbar drastischen Vorstellungen zugrunde, daß ihr das Gesäß mit Maschinen gewalkt und der Unterleib mit alten Schwämmen ausgestopft werde, und sie verschleiert diese Tatsachen wiederum nur in der psychologisch durchsichtigen Absicht, dem zuhörenden Arzt das Geheimnisvolle, Interessante ihrer neuesten Erlebnisse recht eindringlich darzustellen und zugleich nach Art einer alten Jungfer das Anstößige derselben abzumildern und zu umschreiben. Und diese natürliche Verständlichkeit des sprachlichen Ausdrucks steht in naher Beziehung zu der inhaltlichen Grundeigentümlichkeit dieser Wahnformen, die sie wiederum zum konträren Gegenteil der schizophrenen Vorstellungsinhalte macht. Wir haben den Schlüssel zur Psychologie unserer Kranken in Händen, sobald wir den Kontrast herausfühlen, der das Wesen dieser ganzen Wahnbildung ausmacht, den Kontrast zwischen

der absolut skrupellosen logischen Ungereimtheit der Vorstellungsgruppe und ihrer klaren sinnlichen Anschaulichkeit, der konkreten Plastik ihrer Erfindung. Muten viele dieser Gebilde, die Idee von den vier Blutläusen und zwei Blattläusen oder von dem Metzgerladen auf dem Wunnenstein nicht geradezu an, wie naive, drollige Kindermärchen? Es ist gewiß kein Zufall, sondern beruht auf dem gekennzeichneten ästhetischen Kontrast, daß wir uns bei den Erzählungen unserer Kranken, mögen sie noch so schauerlichen Inhalts sein, eines Lächelns nie erwehren können. Ich kann mir keinen größeren Unterschied denken, als das humoristische Behagen, das diese skurrilen, unvermittelten Augenblicksschöpfungen in dem empfänglichen Zuhörer auslösen, und den gequälten, geschraubten Eindruck, den die schiefen, nicht nur logisch, sondern auch ästhetisch unvollziehbaren Ideen des Schizophrenen hinterlassen. Man kann geradezu sagen, die schizophrenen Wahnvorstellungen werden desto unanschaulicher, je weiter sie sich von der Wirklichkeit entfernen, während umgekehrt hier dieselben je phantastischer, desto konkreter werden.

Aber nicht nur diese krankhafte Gedankenwelt unserer Patientinnen als solche ist durchaus eigenartig, sondern auch ihr Verhältnis zu dem erhalten gebliebenen Bestand gesunder Vorstellungen, wie es in den späteren Stadien der Erkrankung sich allmählich fixiert. Während die gewöhnlichen manisch-melancholischen Wahnideen mit der ganzen Expansionskraft der in ihnen verkörperten Affekte den gesunden Bewußtseinsinhalt verdrängen, während der paranoische Beziehungswahn ihn wie ein feines Gewebe bis ins kleinste durchsetzt, sehen wir hier sich zwei getrennte Vorstellungskreise bilden, die ganz ohne Rücksicht aufeinander teils nebeneinander stehen, teils sich überlagern.

Am klarsten ist diese Trennung in den Briefen von Frau K. wahrzunehmen, wo sie häufig sogar räumlich durchgeführt ist. Ganz gewöhnlich beginnt der Brief mit einer gesunden Hälfte; sie lebt hier ganz mit ihren Kindern und Enkeln, denkt sich in ihre Häuslichkeit hinein, sehnt sich nach ihrem Umgang, läßt auch ihre kleinsten, alltäglichsten Erlebnisse nicht unbeachtet; sie nimmt von ferne teil an ihren Hochzeiten und Familienfesten, begleitet sie in die Sommerfrische, freut sich über jede Freude, die sie erleben und bekümmert sich, wenn sie krank sind. Sie ist sich klar über ihren eigenen Aufenthalt und hat jeden Besuch, den sie hier erhält, genau in Erinnerung; sie beschäftigt sich nicht nur mit

ihren eigenen Erlebnissen und dem schon ziemlich ausgedehnten Kreis ihrer Familie, sondern berührt auch die allgemeinen Tagesereignisse, über die sie aus den Zeitungen Kenntnis hat. Und sie schreibt über das alles in schlichten, geordneten Sätzen; — kurz, wenn wir diese Briefteile herausnehmen und für sich betrachten, so lassen sie sich in nichts von den Schriftstücken irgend einer gebildeten, liebenswürdigen, geistig regsamen alten Dame gesunden Geistes unterscheiden. Und doch ist vielleicht schon nach der nächsten Interpunktion das alles weggefegt von einem ungeordneten Andrang der absurdesten Ideen, die nun ziellos in langatmigen Sätzen sich über viele Seiten fortspinnen, wo oft kaum noch ein einziger gesunder Gedanke zu finden ist. Es bedarf nicht mehr, als des Auftauchens der Vorstellung „Tante Anna" u. ä., um diesen jähen Szenenwechsel hervorzurufen.

Bei Frl. Tr. ist dieses Verhältnis weniger deutlich, der Komplex gesunder Vorstellungen ist nicht so festgefügt und nicht so ausgedehnt; und doch ist es dasselbe. Auch sie vermag über ihre eigene Person, ihren Anstaltsaufenthalt geordnete Auskunft zu geben; sie kennt Ärzte, Pflegerinnen und Patienten genau nach ihrem Namen und ihrer Stellung im Betrieb der Anstalt; es sind ihr alle Abteilungen geläufig, auf denen sie schon untergebracht war, ebenso ihr früheres Leben, ihre Berufstätigkeit und die Umstände ihrer Verbringung in die Anstalt. Auch sie faßt Kleinigkeiten des sie umgebenden realen Lebens wohl auf und bringt sie in richtige Beziehung; sie nimmt davon Notiz, wenn ein Fest gefeiert wird, auch wenn sie selbst daran sich nicht beteiligt hat, und unterhält sich darüber. Sie interessiert sich für die Persönlichkeit des sie besuchenden Arztes, bemerkt schon kleine Unterschiede in seinem Benehmen und Aussehen, ist besorgt für seine Gesundheit, erkundigt sich nach anderen Ärzten und will erfahren, wo sie ihren Sommerurlaub zubringen; — kurz, auch sie ist fähig, ihre eigene Person mit ihrer Vergangenheit und ihrer realen Umwelt in ihren richtigen, geordneten Beziehungen, frei von wahnhaften Elementen zu sehen, sobald man sie in ruhigem Gespräch fixiert. Und es ist dieselbe Vergangenheit und dieselbe Umgebung, die sich ihr im nächsten Augenblick in eine phantastische Fabelwelt auflöst, wo sie, eben noch Emilie Tr., Telegraphistin und jetzige Patientin der Heilanstalt Winnental, Tochter des Ratschreibers in Schramberg, sich in eine russische Kaiserstochter mit fabelhaften Reichtümern, die Anstaltsgebäude sich in ihre Villen, die Ärzte in hochgestellte Fürsten verwandeln; wo nichts mehr geheuer ist, wo ihre längstverstorbenen Voreltern am hellen Tag umhergehen und ihre ganze Umgebung nur noch ein großer Hexenkessel ist, voll der geheimnisvollsten Einflüsse und Beziehungen, aus dem unaufhörlich neue seltsame Verfolgungen und Grausamkeiten gegen sie emporsteigen. Denn das ist das bezeichnende an dieser Wahnbildung, daß hier nicht bloß, wie auch sonst überall, gesunde und kranke Vorstellungen nebeneinanderstehen, sondern daß sie ganz beziehunglos und abrupt

einander ablösen, so daß es nur einer entsprechenden äußeren Situation, nur eines Stichworts bedarf, um das eine Mal einen geschlossenen Kreis gesunder Vorstellungen und das nächste Mal ein herrenloses Durcheinander von Wahnideen an die Oberfläche zu bringen, von denen überhaupt keine Brücke zur Wirklichkeit hinüberführt.

Nur so kann es zu dem merkwürdigen Phänomen kommen, das man als das der psychischen Wechselbilder bezeichnen könnte, und das darin besteht, daß von demselben Gegenstand zwei getrennte, einander völlig widersprechende Vorstellungsreihen abgeleitet werden. Angedeutet ist dieser Vorgang schon in der Gepflogenheit beider Kranken, den Personen ihrer Umgebung, die sie nach Namen und Stellung genau kennen, daneben noch einen falschen Namen beizulegen, der sie zu ihren wahnhaften Vorstellungskreisen in Beziehung bringt. Wenn sich dieses Symptom, wie bei beiden Kranken, gelegentlich zur vorübergehenden Personenverkennung steigert, so ist damit bereits das Wechselbild gegeben, indem nun die betreffende Person, das eine Mal in ihrem realen, das andere Mal in ihrem wahnhaften Charakter, im Bewußtsein des Patienten alterniert. Am ausgeprägtesten aber finden wir dieses Phänomen bei Frau K. bezüglich der Person des Anstaltsdirektors, der in ihrem Bewußtsein zwei gleich wichtige, konträr entgegengesetzte Rollen gibt, deren eine ihre realen Erlebnisse, deren andere ihre wahnhaften Vorstellungskreise beherrscht. Es kommt nur auf die zufällig gerade in ihr ausgelöste Gedankenreihe an, und er ist ihr das eine Mal der leitende Anstaltsarzt, dessen sämtliche Funktionen ihr genau vor Augen stehen, und dem sie mit größter Hochachtung begegnet, mit demselben uneingeschränkten Realitätsgefühl und derselben überzeugten Lebhaftigkeit, mit der sie ihn im nächsten Moment als den „Aktuar und Seeräuber", den Führer und Anstifter all ihrer Verfolgungen und Leiden verabscheut. Wird ja doch im Grunde die ganze Anstalt, ja überhaupt die ganze Umwelt von beiden Kranken im Wechselbild gesehen, indem sie das eine Mal in ihren realen, einfachen Beziehungen klar erkannt, das andere Mal in ein wirres Labyrinth geheimer Machenschaften, ein einziges unklares System auf die eigene Person gerichteter freundlicher und feindlicher Mächte sich verwandelt.

Man könnte sich nun begnügen, durch diese symptomatische Zergliederung festgestellt zu haben, daß die beiden vorliegenden Krankheitsbilder aus zwei Hauptbestandteilen, einem manisch-depressiven Symptomkomplex und einer eigenartigen Form der Wahnbildung sich zusammensetzen, und könnte dazu übergehen, auf Grund von Erwägungen mehr weniger subjektiver Art diese oder jenen als das wesentliche und primäre Grundsymptom zu proklamieren und demnach die beiden Krankheiten entweder dem manisch-depressiven Irresein zuzuweisen oder als Wahnsinn oder Paranoia von ihm abzu-

trennen. Nachdem aber der einleitende Überblick wohl zur Evidenz gezeigt hat, wie innerlich unfruchtbar und wie wenig aussichtsreich solche Versuche zu sein pflegen, so müssen wir uns gestehen, daß das Problem an diesem Punkte erst beginnt. Wir sind noch weit von dem Verständnis eines Krankheitsbilds, solange uns noch seine Hauptsymptome beziehunglos nebeneinanderstehen und wir nicht den ganzen Krankheitsvorgang als einen innerlich geschlossenen Aufbau durchschauen, wo immer die zusammengesetzteren aus den einfacheren Erscheinungen herauswachsen. Wenn wir in dieser Weise versuchen wollen, den Krankheitsprozeß bis in seine Wurzeln, die Störungen der psychischen Elementarvorgänge, aufzudecken, um von dort aus den Zusammenhang der scheinbar so heterogenen zwei Symptomgruppen zu finden, so müssen wir etwas weiter ausholen.

Das psychische Element, der einfachste Vorgang, auf den wir bei Analyse unserer Selbstbeobachtung sämtliche psychischen Vorgänge zurückführen können, ist die einfache gefühlsbetonte Empfindung. Dieses Element bildet eine unzertrennbare, empirisch begründete Einheit, die Tatsache seiner Zweiteilung ist keiner erfahrungmäßigen psychologischen Analyse, sondern höchstens einer erkenntnistheoretischen Weiterverarbeitung mehr zugänglich. Es sind dies in etwas schematisierter Form wesentlich dieselben Anschauungen, die *Wundt* als Grundlagen seiner Psychologie ausführlich begründet. Und wir müssen diese empirisch gegebene Unzertrennlichkeit von Empfindung und Gefühl, der objektiven und subjektiven Seite desselben Vorgangs von vornherein festhalten, weil sie zum Verständnis der manisch-depressiven Wahnbildung unerläßlich ist. Aus der Verbindung, der Assoziation zwischen den gefühlsbetonten Elementarempfindungen entstehen sämtliche psychischen Gebilde, die wir, je nachdem wir sie von der subjektiven oder objektiven Seite betrachten, als zusammengesetzte Gefühle bzw. Affekte oder als zusammengesetzte Vorstellungen bezeichnen; auch hier ist festzuhalten, daß die Trennung zwischen Gefühl und Vorstellung lediglich eine Abstraktion ist, während es in Wirklichkeit kein anscheinend noch so reines Gefühl gibt, auf dessen Grund nicht eine dunkle Organempfindung oder Erinnerungsvorstellung läge, und kein Begriff so objektiv ist, daß er nicht, abgesehen von dem nur theoretisch denkbaren Fallen in den genauen mittleren Indifferenzpunkt der Gefühlsskala, beim Passieren des

Bewußtseins in einem leichten Gefühlston seine Beziehung zum Subjekt erhielte. — Wenn wir somit krankhafte Seelenvorgänge zusammengesetzter Art in ihre Wurzeln zurückverfolgen wollen, so gibt es auch hierfür letzten Endes nur die zwei Möglichkeiten, sie entweder auf Störungen des psychischen Elementarvorgangs, nach der Seite der Empfindung oder der Gefühlsbetonung hin, oder der Verbindung psychischer Elemente, also auf Assoziationsstörungen zurückzuführen.

Suchen wir dies Prinzip auf die Frage nach den Quellen der Wahnbildung im manisch-depressiven Symptomkomplex anzuwenden, so kommt uns die klinische Erfahrung nach einer Seite hin sehr entgegen, nämlich bezüglich des Zusammenhangs zwischen Affekt und Wahnbildung. Streng genommen, ist ja auch der Affekt als ein zusammengesetzter psychischer Vorgang ein Sekundärsymptom, dem als Elementarstörung die krankhaft veränderte Gefühlsbetonung jeder Einzelempfindung und -vorstellung zugrunde liegt. Diese Störung des psychischen Elementarvorgangs nun muß nach dem oben Gesagten mit Notwendigkeit nicht nur die Entstehung pathologischer Affekte, sondern auch die Verfälschung des Bewußtseinsinhalts zur Folge haben. Denn es gibt ja in der Wirklichkeit des psychischen Lebens keine Gefühle an sich, die sich untereinander, getrennt von den übrigen seelischen Prozessen, zu Affekten verbinden könnten, sondern es gibt einzig und überall nur gefühlsbetonte Empfindungen bzw. Vorstellungen; nur sie gehen als unzertrennliche Einheiten die Verbindungen ein, aus denen sich sämtliche höheren psychischen Vorgänge aufbauen. Wenn sich demnach eine Anzahl von Elementarempfindungen von falscher Gefühlsbetonung zu einer gefühlsbetonten Vorstellung verschmelzen, so ist damit nicht nur die Gefühlsseite derselben, sondern bereits dieses ganze Gebilde zweiter Ordnung in seiner unteilbaren Gesamtheit verfälscht. Die Unabweislichkeit dieser Behauptung wird sofort klar, wenn wir zu den logisch verbundenen Vorstellungen höherer Ordnung kommen; denn jeder Gefühlston, der einer solchen Vorstellung beigelegt wird, involviert als solcher ein Urteil, eine Bezugsetzung zwischen derselben und dem vorstellenden Subjekt, eine Wertung, die sich gleichsinnig mit ihm verändert. Ist der Gefühlston krankhaft, so ist damit auch die Wertung falsch und dieser Urteilsfehler geht nun in die nächstzubildende Vorstellung

mit ein. Die Fehler müssen sich mit jeder weiteren Ideenverbindung potenzieren, es muß bei jeder krankhaften Gefühlslage ein ab ovo verfälschter Bewußtseinsinhalt entstehen. Es bedarf lediglich der Emanzipation von der in der Psychiatrie vielfach eingebürgerten Vermögenspsychologie, um die innere Notwendigkeit des empirisch so gewöhnlichen Zusammenhangs zwischen Affekt und Wahnbildung einzusehen. Man beseitigt selbstgeschaffene Hindernisse, wenn man diese Krankheitssymptome erst zweien, durch eine künstliche Abstraktion streng getrennten Seelenvermögen zuweist, um nachher wieder ebenso künstliche Brücken zwischen ihnen zu schlagen.

Wir brauchen uns ja nur der Psychologie des Alltags zuzuwenden, um auch dort die natürliche Gesetzmäßigkeit der genannten Beziehungen wiederzufinden. Wenn wir auf der Höhe eines heftigen Ärgers, eines quälenden Angstgefühls einen Querschnitt durch unser Seelenleben legen, so werden wir denselben jedesmal mehr oder weniger mit falschen Vorstellungen durchsetzt finden, wir werden meist nachträglich feststellen, daß wir die Stellung unserer Person, den Charakter und die Handlungen unserer Nebenmenschen, die Beziehungen unserer Umwelt oft bis ins einzelne wahnhaft umgearbeitet hatten, und daß diese Veränderung des Vorstellungsbilds der betreffenden seelischen Phase mindestens ebensosehr das Gepräge gibt, wie die Verschiebung der Gefühlslage. Und niemanden wird es einfallen, diese Wahnvorstellungen des gesunden Lebens etwa als „Erklärungsversuche" (*Schott* u. a.) des Individuums seinen Affekten gegenüber oder aus einer Tendenz der affektgespannten Psyche zu „derivativer, affektentlastender Konkretisierung" (*Stransky*) zu interpretieren, vielmehr wird jedermann den natürlichen Kausalzusammenhang darin finden, daß das Individuum falsch urteilt, weil es falsch wertet und falsch wertet, weil es falsch fühlt. Wenn aber in der Krankheit die Wahnvorstellungen konkretere und wirklichkeitsfremdere Formen annehmen, so liegt darin nicht nur kein prinzipieller Unterschied, sondern es ist dies der notwendige, gesetzmäßige Ausfluß der Tatsache, daß hier starke Affekte von so stabiler Höhe und Dauer auf den Vorstellungsverlauf einwirken, wie sie im gesunden Leben niemals vorkommen.

Wenn also eine Frage beantwortet werden muß, so ist es nicht die, wie es unter manisch-depressiven Affekten zur Wahnbildung kommen kann, sondern im Gegenteil die, weshalb sie nicht noch viel

allgemeiner und stärker ist. Dies liegt ganz vorwiegend daran, daß ja nicht der gesamte Vorstellungsinhalt unter der Herrschaft des pathologischen Affekts erst neu gebildet wird, sondern daß stets die präformierten Vorstellungen aus der gesunden Zeit in die neuentstehenden mit eingehen und sie so teilweis zu sanieren vermögen. Daß diese Sanierung im einen Krankheitsfall weithin, im anderen nur unvollständig gelingt, hat seinen Grund einmal in der verschiedenen Resistenzfähigkeit des betreffenden Individuums gegen krankmachende Einflüsse überhaupt, wie sie durch das Lebensalter und viele andere Faktoren bedingt sein kann, dann in dem unendlich variablen Verhalten der Affekte selbst, ihrer Höhe, ihrem zeitlichen Verlauf, ihren Schwankungen und Mischungen; der Gedanke ist nicht ganz von der Hand zu weisen, daß auch hier schon vielleicht Verschiedenheiten im Assoziationsablauf mitbestimmend sein mögen, wie sie die Grenzen des Blickfelds variieren und späterhin ausführlich besprochen werden sollen. Da sie hier zum mindesten nur eine Nebenrolle spielen und wohl weniger auf der spezifisch krankhaften Assoziationsstörung, als vielmehr auf individuellen Eigentümlichkeiten beruhen, so soll die große Gruppe manisch-depressiver Wahnbildung von der geschilderten Entstehungsweise einfach als Affektwahn bezeichnet werden. Unter Affektwahn ist also zu verstehen die krankhafte Weiterbildung von Empfindungen und Vorstellungen im Sinne des herrschenden Affekts.

Als die durchsichtigste klinische Erscheinungsform desselben fand die Wahnbildung der reinen, unkomplizierten Manien und Melancholien, wie sie sich auf dem Boden der einfach heiteren oder einfach traurigen Verstimmung entwickelt, schon früher Erwähnung. Ihre unterste Stufe bildet der krankhafte Optimismus und Pessimismus, der hier, wie im gesunden Leben, das gesetzmäßige Korrelat jeder gehobenen oder deprimierten Stimmung auf dem Gebiete der Vorstellungstätigkeit bildet. Die falsche Wertung der Vorstellungen hat sich hier noch nicht zu konkreteren Wahnideen verdichtet, sondern der Kranke beschränkt sich darauf, allen seinen Beziehungen und Erlebnissen im Rahmen des erfahrunggemäß Möglichen die extrem günstige resp. ungünstige Beurteilung zu geben. Die Sanierung durch die präformierten Vorstellungen ist also eine denkbar vollständige. Und doch ist, streng genommen, schon die

erhöhte Selbsteinschätzung, die jedem typischen Maniakus eigen ist, eine Wahnidee, d. h. eine unkorrigierbare Vorstellung, die der Wirklichkeit nicht entspricht. Allerdings stehen optimistische oder pessimistische Ideen niemals in der Luft, sondern entwickeln sich ganz unmerklich, organisch aus realen Wahrnehmungen und richtig gebildeten Vorstellungen heraus; und zwar schöpfen sie entweder aus Empfindungen, wie sie von der Außenwelt zugeleitet, vor allem aber von der Selbstwahrnehmung krankhaft veränderter körperlicher und psychischer Funktionen geliefert werden, oder aus Vorstellungen, die dem Erinnerungsschatz entnommen sind. Ist es doch augenfällig, daß in der Melancholie die objektiven Empfindungen schweren Darniederliegens aller somatischen Vorgänge und die quälende, rätselhafte Wahrnehmung der intrapsychischen und motorischen Hemmung speziell geistig wenig differenzierte Menschen unter der Herrschaft eines adäquaten starken Affekts mit noch viel unwiderstehlicherer Gewalt zur wahnhaften Umdeutung und Weiterbildung drängen müssen, als dies schon den indifferenten Wahrnehmungen des gesund Affektiven widerfährt. Und ebenso augenfällig ist es, daß neben ständig vorhandenen unfreundlichen Eindrücken aus der gegenwärtigen Umgebung im Erinnerungsschatz jedes Menschen massenhaft halbvergessene Erinnerungsbilder eigener Schuld und Unfähigkeit bereitliegen, die nur der Wiederkehr des entsprechenden Seelenzustandes warten, um alsbald geschlossen an die Oberfläche zu tauchen. So entstehen die drei Hauptgruppen rein pessimistischer Vorstellungen, die zunächst nur Übertreibungen realer Erlebnisse sind, und die zum Inhalt haben Verfall und schwere Krankheit des eigenen Körpers oder die Schlechtigkeit und Minderwertigkeit der eigenen Persönlichkeit, wobei die Hemmung als Gemütlosigkeit und Dummheit empfunden wird, oder endlich von da aus auf Umwelt und Vergangenheit weiterspinnend, allgemeines Unglück oder das Bewußtsein schwerer Verschuldung (der letztere Doppelvorstellungskreis des Nichtichs kann nicht nur diese gleichsinnige Umbildung erfahren, sondern auch durch optimistische Kontrastfärbung das pessimistische Gesamtgemälde noch wirkungsvoller machen).

Steigt nun der Einfluß des Affekts, so muß, gemäß den besprochenen psychischen Mechanismen, eine selektive Wirkung erfolgen, indem die pessimistischen Vorstellungen, auf die sich im

Gedankenablaut jedesmal der Gefühlston legt, immer hochwertiger werden, während alle anderen Vorstellungen, die einer depressiven Gefühlsbetonung unzugänglich sind, infolge dieser geringeren Beziehung zum krankhaft veränderten Ich gar nicht mehr zum Anklingen kommen und ganz in den Hintergrund gedrängt werden. Die Wirkung dieses Selektionsprozesses auf die Kritik des Kranken muß eine verhängnisvolle werden; sobald nicht mehr genügend affektiv unverfälschte Vorstellungen im Bewußtsein vorhanden sind, werden die pessimistischen nicht nur nicht mehr durch Verbindung mit jenen sich korrigieren können, sondern werden durch ausschließliche Verbindung untereinander sich potenzieren müssen. Da auf diese Weise sich der gesamte Bewußtseinsinhalt auf die pessimistische Seite hinüber verschoben hat, also sein durchschnittlicher Wahrheitswert stark gesunken ist, so werden in diesem Rahmen auch Vorstellungen unkorrigiert bleiben, die die Grenze des subjektiv Möglichen bereits überschritten haben. Diese aus dem Boden des selektiv eingeengten Bewußtseinsinhalts ebenfalls wieder organisch herauswachsenden Vorstellungsfälschungen sollen als einfacher reiner Affektwahn bezeichnet werden. Die einfachen Affektwahnvorstellungen unterscheiden sich von den optimistischen und pessimistischen Vorstellungen nur graduell, sie sind die folgerichtige Weiterbildung der bereits dort charakterisierten, der realen Wahrnehmung und Erinnerung entstammenden Vo stellungskreise. Aus dem primär pessimistischen Vorstellungskreis der somatischen Selbstempfindung entwickeln sich die hypochondrischen Wahnideen, aus dem der psychischen Selbstempfindung vorwiegend die Kleinheits- und Unwerts-, und aus dem sekundär pessimistischen Vorstellungskreis der Vergangenheit und Umwelt vorwiegend die Versündigungs- und Unglücksideen. Die einfachen Affektwahnideen unterscheiden sich von ihrer Vorstufe hauptsächlich dadurch, daß sie von der diffusen Verfälschung großer, allgemeiner Vorstellungskomplexe ins einzelne fortschreiten; so werden wir die Meinung, schwer körperlich krank zu sein, hier als den Wahn wiederfinden, etwa die Kehlkopfschwindsucht zu haben, oder den pessimistischen Selbstvorwurf, die Familie ins Unglück gebracht zu haben, zu der unumstößlichen Idee gesteigert sehen, die Frau habe sich ertränkt; dabei wird wohl stets durch eine belanglose Körpersensation, ein flüchtig aufgefangenes Wort, eine abergläubisch ge-

deutete kleine Beobachtung usw. die spezielle Gedankenrichtung gegeben, die nun in dem pessimistisch selektiv veränderten Bewußtseinsinhalt keine Korrektion mehr findet. Oder die Weiterentfernung vom Bereich des Möglichen geschieht einfach durch Steigerung, wenn z. B. der Schaden, den der Kranke durch einen kleinen Geschäftsfehler angerichtet zu haben glaubt, nun etwa nicht mehr 50 Mark, sondern einige 1000 Mark beträgt; hier ist das rein Graduelle des Unterschieds noch viel selbstverständlicher. — Es würde zu weit führen, neben diesen Wahnbildungen der einfachen Depression, die das Typische der reinen Affektwahnbildung klar hervortreten lassen, die Angstideen, soweit sie sich von den rein depressiven inhaltlich unterscheiden, im einzelnen zu besprechen, da die Ungeklärtheit der psychologischen Stellung des Angstaffekts hier hindernd im Wege steht. — Die manischen Wahnideen sind selten reine Formen, sondern fast stets Mischprodukte der Affekt- und Assoziationsstörung, auf die später zurückgekommen werden soll.

Auf der Höhe heftiger, vor allem depressiver Affekte kann nun die Selektion des Vorstellungsinhalts, die Einengung des geistigen Gesichtskreises exzessive Grade annehmen. Eine Anzahl gesunder Vorstellungen kann dabei ganz gewöhnlich noch vorhanden sein, wie die richtige Beantwortung von Orientierungsfragen u. ä. beweist, allein sie sind völlig beiseite gedrängt, farblos, spielen im Gedankenablauf und damit in der Urteilsbildung gar keine Rolle mehr. Es sind Zustände, wie sie lebhaft an die in schwerer, gemütlicher Erschütterung durchwachten Nächte Gesunder erinnern, wo stundenlang in quälender, eintöniger Regelmäßigkeit eine Reihe von wenigen Gedanken immer wieder in sich selbst zurückkehrt. Und gerade dies bezeichnet auch die klinisch wohlcharakterisierte kleine Gruppe krankhafter Gedankenbildungen, die man „phantastischen" Affektwahn nennen könnte. Daß hier unter der Einwirkung stärkster Unlustaffekte auf den hochgradig eingeengten und völlig pessimistisch umgewerteten Vorstellungsinhalt jeder Maßstab, jede vergleichende Kritik unmöglich werden muß, besonders wenn bei der häufig hinzutretenden Bewußtseinstrübung die Verbindung zwischen den Einzelvorstellungen sich zu lockern beginnt, braucht nach dem früher Gesagten wohl nicht mehr bewiesen zu werden. Der Vorstellungsinhalt wird ein phantastischer, d. h. er überschreitet nicht nur die Grenze des individuell,

sondern auch des allgemein menschlich Möglichen. Hierher gehören die schweren Angstzustände, wie sie wohl *Kraepelins* depressivem Wahnsinn zum Teil zugrunde lagen. Als Beispiele wähle ich die von *Hübner* in den klinischen Studien über die Melancholie als Illustration eben jener *Kraepelin*schen Krankheitsgruppe veröffentlichten Beobachtungen (Fall 5 und 6). Unter heftigsten Angstparoxysmen, unter Schlaflosigkeit und sinnloser Agitation entwickelt sich ein eng abgegrenzter Vorstellungsinhalt, wie ihn das folgende Zitat wiedergibt:

„Sitzt händeringend aufrecht im Bett, weint und jammert mit leiser Stimme vor sich hin. Nach dem Grunde ihrer Angst befragt, antwortet sie: Sie sei die schlechteste Person auf der ganzen Erde. Sie habe die Welt angezündet, jetzt brenne alles auf Erden. Die Häuser ständen in Flammen, die Menschen müßten sterben, sie höre deren Geschrei. Die Leute um sie herum seien keine richtigen Menschen aus Fleisch und Blut, sondern nur Gestalten, ihre Angehörigen seien tot, sie selbst sei innen hohl, eigentlich auch schon tot. Man solle ihr nichts zu essen geben, denn sie sei ein fluchbeladenes, unwürdiges Geschöpf und verdiene kein Mitleid. Die Türen des Hauses seien zugemauert, sie solle nie mehr herauskommen, habe es ja auch nicht anders verdient. Ist zeitweise nicht im Bett zu halten, steht auf, um vom Fenster aus die brennenden Häuser zu sehen“ (Fall 5).

Ebenso Fall 6: „Pat. ist im Bett nicht zu halten, läuft fortwährend schreiend umher. Sei die schlechteste Person auf der Welt, habe alle Menschen auf Erden umgebracht; die Menschen, welche sich in ihrer Umgebung befänden, seien keine richtigen Menschen. Die Stadt sei in einen Schutthaufen verwandelt, sei untergegangen und zwar durch ihre Schuld. Die Pflegerinnen seien keine richtigen Menschen, sondern wandernde Figuren. Sie hätten zwar Körperformen wie lebendige Menschen, aber sie seien nicht mehr lebendig. Das Haus sei ein Gefängnis. Darein habe man sie auf Lebenszeit gesperrt. Sie solle zur Strafe für ihre Sünden hier ewig büßen. Essen solle man ihr nicht reichen, sie verdiene keins, denn sie habe die ganze Menschheit verschlungen. Sie sei auch verändert, ihr Fleisch sei verändert usw.“

Die Behauptung mag paradox klingen, daß diese Gedanken im Grunde gar nicht phantastisch sind; d. h. dieser Ausdruck ist nur in dem Sinne richtig, daß sie für einen gesunden Hörer vom Standpunkt seines Seelenlebens aus fremdartig wirken, aber nicht in dem Sinne, daß sie die Ausgeburten einer herrenlos schweifenden Phantasie wären und nicht vielmehr dem Zwange der psychischen Gesamtverfassung gesetzmäßig entsprängen. Sie erweisen sich bei näherem Zusehen ebenfalls wieder als wahnhafte Weiterbildungen derselben, real bedingten Vorstellungskreise, denen wir seither begegnet sind. Es ist

nichts anderes, als das entstellte Bild von Ich und Außenwelt, wie es der Spiegel der affektiv extrem verschobenen Psyche zurückwirft, ein Bild völliger Leere und Verwüstung, wo die quälende Selbstempfindung der gähnenden inneren Leere sich bis zu dem Gefühl körperlicher Hohlheit verdichtet, wo die ratlos gehemmten Gedanken überall an verriegelte und vermauerte Pforten stoßen, wo jeder lebendige Eindruck sofort klanglos zu Boden fällt, so daß die Welt zuletzt als ein einziges stummes Leichenfeld erscheint, in dem die Personen der Umgebung als körperlose Schatten hin und her huschen, — um im nächsten Augenblick vor dem Delirium wilder, verzweifelter Selbstanklage in einem grausigen Brande aufzuflammen, aus dem das Geschrei der Unglücklichen herübertönt. — Ist das Phantastik? so wenig, daß man von innerer Wirklichkeit sprechen möchte; das alles ist die getreue Wiedergabe des Weltbildes, wie es der Gesunde niemals haben kann, wie es aber der gehemmte Affektkranke in manchen Fällen notwendig haben muß: so sieht es im Innern eines schweren Melancholikers wirklich aus. Gerade hier läßt sich der strikte Beweis erbringen, daß Wahnbildung nicht ein Einzelsymptom ist, das man entweder als gleichgültiges Nebenprodukt des Krankheitsprozesses vernachlässigen oder gar als Ausdruck irgend einer unklaren, selbständigen Intellektstörung dem übrigen Krankheitskomplex gegenüberstellen dürfte. Wir werden doch nicht von Zufall sprechen wollen, wenn in beiden Fällen *Hübners* ein geschlossener Ideenkreis fast in jeder Einzelvorstellung sich bis zur Wörtlichkeit entspricht, der genau synchron dem Affekt sich entwickelt, genau mit diesem abklingt, der sofort abgeschnitten ist, wenn, wie in Fall 6, der depressive in einen manischen Affekt umschlägt, und der später mit dem alten Krankheitsbild stereotyp wiederkehrt; sondern wir werden anerkennen müssen, daß ein gleicher Vorstellungsinhalt unter den gleichen Umständen wörtlich sich wiederholt, weil er durch eben diese Umstände bis ins einzelne gesetzmäßig determiniert ist. — Dieser „phantastische" Affektwahn unterscheidet sich in jedem Punkt aufs schärfste von anderen, später zu besprechenden Formen „phantastischer" Wahnbildung, wie sie durch die Fälle K. und Tr. repräsentiert sind, und die ganz anderen Gruppierungen manisch-depressiver Grundstörungen, wenn auch ebenso gesetzmäßig entspringen.

Fassen wir das Resultat der bisherigen Untersuchung

kurz zusammen: Der Affektwahn ist eine krankhafte Veränderung des Bewußtseinsinhalts im manisch-depressiven Irresein, die sich aus der Verfälschung des psychischen Elementarvorgangs nach seiner Gefühlsseite gesetzmäßig entwickelt, die in ihrer allgemeinen Richtung durch den herrschenden Affekt und in ihrem speziellen Inhalt durch gewisse reale, krankheitseigentümliche Vorstellungskreise ausschließlich und vollständig determiniert wird. —

Betrachten wir nun von hier aus weiter die Gestaltung des Bewußtseinsinhalts, wenn er nicht mehr, wie bisher, durch reine Lust- bzw. Unlustbetonung jeder Einzelvorstellung eindeutig gerichtet wird. Der Übergang von einer depressiven in eine manische Krankheitsphase kann so rasch oder so gleichmäßig erfolgen, daß mit dem Affekt auch die Gedankenwelt des Kranken ohne Zwischenstufe aus einer pessimistischen in eine optimistische sich wandelt. Häufig aber ist der Übergang kein glatter, sondern es kommt zur Ausbildung einer Zwischenphase, die je nachdem den Charakter eines selbständigen, langdauernden Zustandsbilds annehmen kann, und die dadurch charakterisiert ist, daß hier der Affekt — gemäß dem manisch-depressiven Grundgesetz der Affektlabilität — in feinsten bis gröbsten Ausschlägen um den Indifferenzpunkt schwankt. Gerade diese fortwährende, schwankende Unsicherheit der Gefühlsbetonung bezeichnet, wie die Selbstbeobachtung lehrt, den eigentümlichen psychischen Mischzustand des Mißtrauens nach seiner Gefühlsseite hin (Mißtrauen ist kein Affekt, sondern ein komplexer psychischer Zustand, der sich neben Gefühlen vorwiegend aus Vorstellungselementen zusammensetzt). Unter diesen unklaren Affektschwankungen wird auch die manisch-depressive Vorstellungswelt sich nicht in ihrer Gesamtheit allmählich umzubilden vermögen, vielmehr finden wir regelmäßig im Zustandsbild der Übergangsphase den seelischen Inhalt als eine Mischung optimistischer und pessimistischer Vorstellungsgruppen. Mit der Zeit zeigt dieses Gemisch ganz gewöhnlich die Tendenz, sich nach zwei Polen hin zu sondern, indem der Vorstellungskomplex der eigenen Persönlichkeit (wohl einem Grundzug menschlichen Seelenlebens entsprechend) zum Zentrum optimistischer, ein der Außenwelt entnommener Vorstellungskomplex zum Zentrum pessimistischer Denkbeziehungen sich umbildet. Selbstverständlich handelt es sich hier nie um eine Trennung, sondern nur um ungefähre Richtung der

Vorstellungsgruppen; wir sehen im Verlauf von Tagen und Stunden die Ausdehnung des optimistischen und pessimistischen Gebietes gleichsinnig der Affektlage in weiten Grenzen schwanken; stets finden wir auch innerhalb dieses Grenzgebiets eine mehr minder große Unsicherheit der Wertung der Einzelvorstellung, die schon in ihrer Beeinflußbarkeit im Gespräch zum Ausdruck kommt, und die zu den Schwankungen des Gefühlstons in genauer Parallele steht. — In dem Moment aber, wo die besprochene Anordnung der Vorstellungsgruppen manifest zu werden beginnt, steht der manisch-depressive Paranoiker (nicht identisch mit dem Paranoiker schlechthin) vor uns. Denn das paranoische Zustandsbild im engeren Sinne ist determiniert 1. durch die optimistische Wertung der eigenen Persönlichkeit, 2. durch die pessimistische Wertung der Handlungen und Absichten der Umwelt und 3. das unklare Schwanken des Gefühlstons jeder neu auftauchenden Wahrnehmung gegenüber, wie es vom Subjekt charakteristisch als mißtrauische Unsicherheit empfunden wird. Es ist wohl einleuchtend, daß aus dieser Symptomgruppierung heraus eine von den seither besprochenen Typen ganz verschiedene Form der Wahnbildung erwachsen muß, indem einmal der Antagonismus der beiden gleichstarken Wertungsprinzipien die Selektion und Einengung des Vorstellungsschatzes nach dem Mechanismus der reinen Affektwahnbildung verhindert und indem die von Augenblick zu Augenblick fluktuierende Wertung im Grenzgebiet jedem neu auftauchenden Detail gegenüber eine Überproduktion von Urteilen, Schlüssen und Vermutungen hervorruft, die wir als Beziehungswahn bezeichnen, während der Umriß des Wahnsystems durch die polaren Vorstellungskomplexe fixiert bleibt. Dieser Beziehungswahn, diese gesteigerte vorstellungsmäßige Produktivität charakterisiert die Wahnbildung der Übergangsphase gegenüber der Vorstellungsverarmung des reinen Affektwahns (die manische Vorstellungsproduktivität ist nicht durch den Affekt bedingt). Für die entwickelte spezielle Auffassung des zirkulär-paranoischen Zustandsbildes, das als Produkt der Übergangsphase hauptsächlich von *Specht* und *Laehr* beschrieben wurde, soll hier ein kurzes Beispiel eingefügt werden.

M. J., Bauer aus R. Hereditär wenig belastet. Von Hause aus wenig intelligent, geringe Kenntnisse, enger Horizont. Erkrankte erstmals Sommer 1911 im 46. Lebensjahr im Anschluß an schlechte Heuernte

an reiner Depression mit Lebensüberdruß, Angstideen (solle eingesperrt werden usw.), ausgeprägter motorischer und Denkhemmung. War von Oktober bis Dezember 1911 in Behandlung der Tübinger Klinik. Eine leichte Depression hielt noch nach der Entlassung an bis Frühjahr 1912. Dann begann er sehr frisch und unternehmend zu werden, kaufte Wiesen und Vieh, „um einmal vorwärtszukommen", alles auf Schulden. Im Spätsommer zunehmende Gereiztheit; glaubte sich durch einen Feldnachbarn rechtlich benachteiligt, querulierte, machte dem Schultheiß Grobheiten, schimpfte auf den Gemeinderat. Im Herbst 1912 allmählicher Übergang in reine Depression, Lebensüberdruß, keine Gedanken mehr, kein Entschluß zur Arbeit mehr. Zu Hause so herumgesessen bis Frühjahr 1913. Wie es dann aufs Feld hinausging, wurde er wieder recht munter und aufgeregt, pfiff und sang, kaufte Vieh auf Schulden und hielt sich für einen reichen Bauern. Im Herbst 1913 schlug die rein gehobene Stimmung um; anläßlich eines kleinen, bei ihm verübten Obstdiebstahls, kam er zu der Ansicht, es geschehe ihm Unrecht, weil der Schultheiß auf seine Anzeige hin nicht gleich Schritte getan hatte. Er verfolgte die Sache mit großer Hartnäckigkeit, überlief den Schultheißen, ging vors Oberamt; trotzdem dieses die Bestrafung der Diebe veranlaßt hatte, beruhigte er sich nicht, sondern ging als oberamtlich bestellter Feldschütz, wie er behauptete, auf den Feldern umher, um alle vermeintlichen Obstdiebe zu notieren und gelegentlich sogar mit dem Messer anzugreifen. Zuletzt kam es soweit, daß er das ganze Dorf gegen sich verschworen glaubte. Er stieß Drohungen aus gegen eine Anzahl Bürger, die er für seine Hauptwidersacher hielt. Seine Furcht vor Verfolgung stieg soweit, daß er überall, wo er ein paar Leute zusammenstehen sah, glaubte, sie wollten ihn angreifen und totschlagen; auch nachts hatte er keine Ruhe mehr, sondern suchte bewaffnet, in Begleitung eines großen Hundes die Umgebung seiner Wohnung ab.

In der Tübinger Klinik, wo er vom 2. Oktober bis 9. November 1913 aufgenommen war, war er erst leicht gedrückter Stimmung, dann zunehmend gereizt, querulierend, unzufrieden, mißtrauisch, auch gegen die Klinik (seine Briefe würden nicht abgesandt, man wolle ihn zu Unrecht hier zurückbehalten u. ä.), zum Schluß wieder zugänglicher, eher etwas gehobener Stimmung. Aber auch im Verlauf jedes einzelnen Tags war seine Gemütslage oft außerordentlich wechselnd. Oft konnte man ihn morgens im Bett sitzend antreffen, wie er mit erhobener Stimme, lebhaft glänzenden Augen und energischer Geste betonte: „Zu Unrecht bin ich hier, zu Recht komme ich wieder heraus, Recht muß Recht bleiben"; oder: „Ich verklage sie, ich bringe sie alle vor Gericht". Wenige Stunden später schlich er in matter Haltung auf dem Gang umher und erzählte auf Befragen, sich die Tränen aus den Augen wischend, wie er allenthalben und von jeher gedrückt und niedergetreten werde, wie jedermann die Schuhe an ihm abputze, wie zu Haus jetzt alles verderbe; daß er hier sterben müsse und nicht mehr nach Hause komme. Oder er begann ein

Gespräch, indem er mit euphorischem Gesicht seinen Wohlstand, sein schönes Vieh usw. schilderte, um zu Schluß desselben in beweglichen Worten zu klagen, wie der Giebel seines Hauses dem Einstürzen nahe sei, ohne daß die Gemeinde, gemäß ihrer Verpflichtung armen Leuten gegenüber, denselben herstellen lasse. Einmal erzählte er mit Selbstbewußtsein, wie er mit seinem Schultheißen auf der Straße einen Wortwechsel hatte, zu dessen Beschluß er diesem erklärte, er sei ein schlechter Kerl, er habe es beim Militär nur zum Sch...hausputzer gebracht, um damit seine eigene Schlagfertigkeit zu illustrieren. Zwei Tage später erzählte er dieselbe Episode wörtlich, nur mit dem Unterschied, daß der Schultheiß ihn mit diesem Schimpfwort beleidigt habe — um nun zu zeigen, wie er wehrlos von jedermann unterdrückt würde. Sein Wahnsystem hielt er während der ganzen Zeit fest.

Die Krankengeschichte dieses Bauern, der in einem geschlossenen Zyklus 2 Jahre lang im Frühjahr pfeift, singt und einkauft, im Herbst queruliert und sich mißtrauisch verfolgt wähnt, um im Winter in Angst und Lebensüberdruß zu versinken, zeigt in charakteristischer Weise die Stellung der Paranoia als Mittelglied zwischen der hypomanischen und melancholischen Phase. Wir sehen, wie in die reine Gehobenheit des Frühjahrs sich nach und nach immer mehr Unlustelemente einführen, so daß sie über die selbstbewußte Gereiztheit allmählich in mißtrauische Verfolgungsangst und von da in reine Depression übergeht; wir sehen, wie auch innerhalb der paranoischen Phase selbst die Gemütslage durch den Antagonismus der beiden gegensätzlichen Affektrichtungen bestimmt ist, von denen nach Tagen, Stunden und Augenblicken bald die eine, bald die andere die Oberhand gewinnt. Aber auch bei extremen Ausschlägen nach der depressiven Seite bleibt ein Rest optimistischer Beurteilung, das Bewußtsein des eigenen Rechts, an dem Ichkomplex haften, ebenso wie auch dem gehobensten Selbstgefühl der bittere Nebengeschmack fremder Gemeinheit nie verloren geht. Sobald dieser letzte Rest verschwände, wäre das Zustandsbild reiner Depression bzw. Manie gegeben, denen sich der Patient in manchen Augenblicken stark annähert. Diese beiden gegensätzlichen Vorstellungsgruppen, die optimistische der eigenen Vortrefflichkeit und die pessimistische der Schlechtigkeit gewisser Nebenmenschen, bilden die festen Pole seines paranoischen Zustandsbildes, den allgemeinen Umriß seines fixierten Wahnsystems, dessen spezieller Inhalt, genau wie beim reinen Affektwahn, aus realen Erlebnissen sich organisch heraus-

entwickelt. Und zwischen diesen affektiv fixierten Polen kommt das Schwanken der Wertung des Detailerlebnisses im vorliegenden Krankheitsbild aufs schönste zum Ausdruck, das, wie die Episode mit dem Schultheiß zeigt, bis zur vollkommen gegensätzlichen Umwertung derselben Tatsache in der Richtung des momentanen affektiven Ausschlags gehen kann. Abgesehen von der mangelnden Ausbildung feiner, detaillierter Beziehungsideen, die in der geringen geistigen Beweglichkeit des wenig intelligenten Patienten ihre Erklärung findet, ist dieser Fall für den psychologischen Mechanismus der zirkulären Paranoia paradigmatisch.

Wenn nun seither der Zusammenhang krankhafter Vorstellungsbildung mit den drei Kardinaltypen zirkulärer Affekte, dem reinen manischen Lustaffekt, dem reinen melancholischen Unlustaffekt und der genau um die Mittellinie schwankenden gemütlichen Zwischenlage der mißtrauischen „Paranoia" betrachtet wurde, so ist damit der Reichtum zirkulärer Affektwahnformen keineswegs erschöpft. Denn der weite Affektabstand der Manie zur Melancholie ist ausgefüllt von einer unendlichen Skala von Stimmungsnuancen von der beinahe rein manischen, leicht gereizten Gehobenheit bis zu der beinahe rein melancholischen Verfolgungsangst, der sich die ersten Spuren selbstbewußter Reaktion beimischen. Und ihnen entspricht das ganze Heer von Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen von der zornigen über die mißtrauische bis zur ausgesprochen ängstlichen Färbung. Sie bedürften als Übergangsformen keiner gesonderten Besprechung. Noch viel mannigfaltiger aber sind die Übergangsformen, die Beimengungen aus den anderen Quellen manisch-depressiver Vorstellungsverfälschung enthalten, denen wir uns nunmehr zuzuwenden haben.

Es wurden schon an früherer Stelle die kleinen Gruppen von Wahnbildungen herausgestellt, die in den Fällen K. und Tr. den mehr weniger reinen oder gemischten Affektwahnformen entsprechen. Sie sind auch zu Beginn der Krankheit selten ganz typisch und schon stark mit Wahnelementen anderer Genese vermischt. Später ist diese Quelle der Wahnbildung fast nur noch in der optimistischen bzw. pessimistischen Verfärbung des gesamten Bewußtseinsinhalts erkennbar, von der auch die Wahnideen mitbetroffen sind, die im übrigen eine ganz andere inhaltliche Struktur zeigen. Dies ist selbstverständlich, weil in den späteren Stadien nicht mehr die Affekte, sondern die

sensorischen Störungen und die Anomalien des formalen Gedankenablaufs das Krankheitsbild beherrschen.

In der Tat werden wir die Annahme nicht umgehen können, daß es sich bei unseren Kranken um eine selbständige sensorische Störung, d. h. um eine primäre Störung des Empfindungsvorgangs mit zentralem Ursprung handelt. Gewiß zwingt nicht jedes Auftreten einer Sinnestäuschung zu dieser Interpretation; finden wir doch schon die bisher besprochenen affektiven Wahnbildungen da und dort durch sporadische Sinnestäuschungen verstärkt (vgl. beim phantastischen Affektwahn), die nur auf der Höhe des Affekts, besonders bei leichter Bewußtseinstrübung, auftauchen und sich zwanglos durch die Einwirkung abnorm lebhafter Affektvorstellungen auf einen normalen sensorischen Apparat erklären lassen. — Daß der Affekt im vorliegenden Fall keine wesentliche Rolle bei der Entstehung der Sinnestäuschung spielt, lehrt ein Blick auf die Krankengeschichten; die vorübergehenden, leicht deliranten Zustände können in diesem Zusammenhang außer acht bleiben. — Auch die Störungen des Vorstellungsablaufs mit dem unmittelbaren, lebhaften In-den-Blickpunkt-Treten der Gedanken genügen nicht zur Erklärung, denn diese Lebhaftigkeit findet sich bei der manischen Denkstörung ganz gewöhnlich, ohne daß es deshalb in der Mehrzahl der Fälle zu Sinnestäuschungen käme. Vielmehr läßt sich dieses fortwährende Halluzinieren bei Abwesenheit jeder stärkeren psychischen Emotion nur aus einer krankhaft gesteigerten Resonanz erklären, die schon die gewöhnlichen Reize in den Entstehungsstätten des psychischen Wahrnehmungsvorgangs, den zentralen Perzeptionsfeldern finden, eine Auffassungsweise, wie sie, von *Kahlbaum*, *Kraepelin* u. a. mit einleuchtenden Gründen gestützt, ziemlich allgemeine Anerkennung genießt. Es liegt nahe, im speziellen Fall diese psychosensorische Erregung als zwar inkonstantes, aber typisch manisches Symptom aufzufassen, das zu der psychomotorischen Erregung in genauer Parallele stünde. Denn es sind auch sonst in der Literatur Fälle beschrieben, wo die Sinnestäuschungen eine ganz selbständige, dominierende Rolle im manischen Zustandsbilde spielen, und wo ihr Zusammenhang mit einer Erregung des zentralen Empfindungsapparats beinahe mit Händen zu greifen ist. Hierher gehört insbesondere der von *Goldstein* ausführlich beschriebene Fall, wo neben psychomotorischer

Erregung und lebhafter Ideenflucht subjektiv ein quälendes Gefühl „unangenehmer Schärfe“ aller Sinneseindrücke, ein peinlicher Zwang des Alles-beachten-müssens und objektiv eine Fülle von Halluzinationen sich entwickeln, die exquisit durch indifferente äußere Sinnesreize ausgelöst wurden und sich auf diesem Wege experimentell studieren ließen. Es ist bemerkenswert, daß diese exogen ausgelösten Sinnestäuschungen keinen entscheidenden Einfluß auf die Bildung des Vorstellungsinhalts gewannen, daß das Individuum ihnen als etwas Äußerlichem. Fremdem einigermaßen objektiv gegenüberstand. Diese exogene Auslösung findet sich auch in der zweiten Erkrankung von Frl. Tr., wo sie die Geräusche des Bronchialkatarrhs zu bedrohenden Stimmen assimilierte, ganz nach Art der Patientin *Goldsteins*. Inwieweit bei der Krankheitsgenese von Frau K. die Ertaubung und die dadurch etwa bedingten Reizzustände im peripheren Sinnesorgan als auslösendes, die Entstehung von Sinnestäuschungen begünstigendes Moment mitgewirkt haben mögen, entzieht sich einer sicheren Beurteilung: eine solche Annahme ist aber mit Rücksicht auf anderweitige, bei Taubheit gemachte Beobachtungen nicht unwahrscheinlich. Sicherlich spielen auch späterhin periphere Reize, unklare körperliche Mißempfindungen u. ä. bei beiden Kranken eine gewisse Rolle, allerdings nur nebensächlicher Art; denn eine derartige Beziehung ist häufig gar nicht, dagegen der Zusammenhang mit den intrapsychischen Vorgängen. das Herauswachsen aus dem übrigen Vorstellungsablauf sehr deutlich zu erkennen. Die Auslösung der Sinnestäuschung ist also hier eine ausgesprochen endogene. reperzeptive im Sinne *Kahlbaums*. Und diese enorme Erleichterung der Reperzeption, die wir mit *Kahlbaum* als einen notwendigen, im gesunden Leben beständig sich vollziehenden und im Falle der Sinnestäuschung nur pathologisch gesteigerten Seelenvorgang auffassen, ist für die Ausbildung des spezifischen Bewußtseinsinhalts unserer Kranken und damit für die gesamte Entwicklung ihrer Psychose von entscheidender Bedeutung.

Um aber den speziellen Mechanismus dieses Reperzeptionsprozesses in den vorliegenden Fällen zu verstehen, werden wir das Gebiet des psychischen Elementarvorgangs. auf dem sich die seitherigen Untersuchungen bewegten, vorläufig verlassen müssen und uns den Verbindungen der psychischen Elemente, der Betrachtung des Assoziationsablaufs zuzuwenden haben. Es wurde schon

an früherer Stelle ausgeführt, daß die Denkstörung unserer Kranken nur als Ideenflucht aufgefaßt werden kann; es wurden auch bereits die eigenartigen Vorstellungsgruppen geschildert, die sich auf dieser Grundlage entwickelt haben; wenn wir uns die unterste Stufe derselben, die einfachen, lockeren, vergänglichen Fehlgedanken nochmals vergegenwärtigen, so zeigt es sich, daß sie sich in nichts von den Gedankengebilden unterscheiden, die uns von den typischen Manien her geläufig sind, und die wir gemeinhin als ideenflüchtige Einfälle bezeichnen. Gibt es doch Manische, die solche abenteuerlichen, abrupt auftauchenden, mit Lebhaftigkeit vorgebrachten und rasch wieder versinkenden Vorstellungsgruppen, die stets halb geglaubt und halb nur spielerisch hingeworfen werden, in großer Menge produzieren, deren ganze Vorstellungstätigkeit sich oft tagelang völlig in solchen Gebilden erschöpft.

Es befindet sich gegenwärtig in der Tübinger Klinik ein solcher Kranker, J. S., Schuhmacher aus D., der nun schon zu wiederholten Malen eine Psychose vom Typus der gereizten Manie mit depressivem Initialstadium und durchgängiger Labilität nach der depressiven Seite hin durchmacht, und der jedesmal im ersten flotten Anlauf der Erkrankung ununterbrochen, unerschöpflich Einfälle produziert. Genau, wie unsere Kranken, vermag er, sobald man ihn fixiert, über seine gesamte Vergangenheit, über den Zusammenhang seiner Verbringung in die Klinik, über seine Person und seine Umgebung richtig und bis ins einzelne Auskunft zu geben. Andernfalls aber erzählt er tagelang unermüdlich: Zigeuner hätten ihn von Japan herausgebracht und nach D. verkauft. Er sei mit Dr. Faust auf einer Kanonenkugel durch die Luft geflogen. In seinem 8. Lebensjahr sei der Teufel als ein schwarzer Mann neben ihm gestanden und habe gesagt, er soll sich hängen, er soll sich die Pulsader aufschneiden; er aber habe ihm einen Schlag gegeben, daß der Teufel davongefahren sei. Heute nacht ist die Eva bei ihm gelegen, die Schlange, jetzt noch sitzt sie drüben im Saal. Einmal ist er an einem Kreuzweg dem wilden Heer begegnet; er hat dann einen Herzschlag bekommen und ist 4 Wochen lang tot gewesen. Er ist Napoleon VIII., stärker als alle, bricht eiserne Stangen ab und hält Löwen den Rachen zu. Man will ihn vergiften, ein Nihilist aus D. stellt ihm nach; seine Frau hat ihn verraten usw. — Ist er stärker gereizt oder überhaupt affektiv erregt, so bringt er all diese Dinge mit Leidenschaftlichkeit und innerer Überzeugung vor; er wird sofort heftig, wenn man ihm irgendwie widerspricht, um sie allerdings im weiteren Gespräch rasch fallen zu lassen. Ist er mehr gleichmütig, leicht gehobener Laune, so läßt er sich durch Suggestivfragen die abenteuerlichsten Behauptungen und Erzählungen entlocken, von Löwenjagden in Indien,

bei denen er jedes Stück seiner Jagdbeute beschreibt, seiner Reise in den Himmel usw. Frägt man ihn dann zum Schluß: das wäre doch wohl alles der bare Unsinn, was er heute erzählt hätte, so erwidert er, ohne sich zu besinnen: „Das ist alles nicht so ernst gemeint; ich bin eben nervenleidend. Man sollte mir mein Gehirn herausmachen und ein anderes einsetzen."

In dieser Probe finden wir die früher an unseren beiden Kranken entwickelten Hauptcharakteristika wieder: Die flotte Produktivität, die „Lust zu fabulieren", den bezeichnenden Gegensatz von Anschaulichkeit und bizarrer Unlogik und vor allem das Schwanken des Realitätswerts. Um die Beziehung dieses wichtigen und doch in seiner inhaltlichen Eigenart bisher recht wenig beachteten manischen Vorstellungsgebildes, des einfachen ideenflüchtigen Einfalls, zu der formalen Grundstörung zu verstehen, ist es notwendig, das Wesen des ideenflüchtigen Vorstellungsablaufs klar vor Augen zu haben. Wir betrachten als solches den Mangel der Zielvorstellung im Gedankengang des Manischen bei noch erhaltenem assoziativen Zusammenhang überhaupt. Wenn wir uns daran gewöhnt haben, im Sinne *Wundts* die psychischen Realitäten nicht als fertige Gegenstände, sondern ihrem wahren Charakter entsprechend als werdende Vorgänge zu denken, so werden wir es lieber vermeiden, von Zielvorstellung zu sprechen, was doch notwendig den Gedanken eines fertigen Dinges erweckt, das unverändert über den Einzelvorstellungen schwebt, und werden uns statt dessen des Ausdrucks mangelnde Resultantenbildung bedienen. Denn die Resultantenbildung ist ja eben der grundlegende Seelenvorgang, der unseren gesamten Vorstellungsinhalt schafft; durch Resultantenbildung, d. h. dadurch, daß aus einer Anzahl elementarer Empfindungen je die übereinstimmenden Züge zu einem neuen psychischen Gebilde, einer einfachen Vorstellung, zusammenlaufen, die das Gemeinsame aus allen enthält und das Unterschiedene als nebensächlich unterdrückt, und daß aus diesen einfachen Vorstellungen auf dieselbe Weise Vorstellungen zweiter, dritter usw. Ordnung hervorgehen, baut sich der seelische Inhalt aus zusammenhanglosen Einzelempfindungen über die einfacheren konkreten bis zu den abstraktesten Vorstellungen, den großen Zusammenfassungen, den letzten Endresultanten auf, wobei immer die nächst höhere die Obervorstellung der nächstniederen bildet. Wenn wir diese Auffassungsweise auf die realen Verhältnisse, d. h. den Gedankenablauf in der

Zeit übertragen, so nehmen wir wahr, daß dieser Vorgang fortwährend stattfindet, daß jedesmal die nächstfolgende mit den nächstvorausgegangenen Vorstellungen Resultanten bildet, deren höchste, schematisch gesprochen, die jeweilige Zielvorstellung darstellt, nicht im Sinne eines jedesmal bewußt vollzogenen komplizierten Urteilsprozesses, sondern genau so, wie über einem Tongewebe, kaum bewußt wahrgenommen, die leisen Obertöne schweben; die Zielvorstellung ist also nichts Konstantes, sondern ein mit jedem neuen Glied der Gedankenreihe neu zu Bildendes. Diese fortwährende Resultantenbildung ist es, was, im physiologischen Maßstab vorhanden, die logische Kontinuität der Gedankengänge des Gesunden garantiert; ihre mangelhafte Entwicklung bedingt die Eigentümlichkeiten der ideenflüchtigen Gedankenreihe nach der formalen, wie nach der inhaltlichen Seite hin. Der Mangel dieser fortlaufenden dichten Verflechtung von Obervorstellungen ermöglicht der ideenflüchtigen Vorstellungsgruppe das plötzliche, zwanglose Aufschießen und Wiederversinken ohne Rücksicht auf die vergangenen und zukünftigen und damit eine Massenproduktion von solchen Denkeinheiten, wie sie unter der sichtenden Logik des normalen Gedankengangs ausgeschlossen ist; er allein ermöglicht auch die bis zu einem momentanen Realitätsgefühl sich steigernde Lebhaftigkeit, mit der der Manische in seiner Idee aufzugehen vermag, eine Lebhaftigkeit, die beim Gesunden durch die sofort entstehenden logischen Resultanten kritisch abgedämpft wird.

Nun ist allerdings die Wirkung der Denkstörung auf die Vorstellungsgruppe als solche je nach ihrem Grad eine sehr verschiedene. Bei leichtester hypomanischer Ausprägung vollzieht sich die Resultantenbildung innerhalb der Einzelgruppe vollständig, d. h. bis zur logischen Zusammenordnung, die Ideenflucht wird nur in der mangelnden straffen Zusammenfassung einer längeren Reihe solcher Einheiten erkennbar. In der schweren Manie andererseits fehlen die Resultanten überhaupt, damit ist die Bildung von Vorstellungsgruppen ausgeschlossen, der Kranke produziert nicht mehr Sätze mit Subjekt und Prädikat, sondern nach primitivsten Assoziationsverwandtschaften weitertreibende Wortreihen. Zwischen beiden Extremen aber liegt der Fall, wo die Ideenflucht nicht nur den Zusammenhang der Vorstellungsgruppen, sondern auch diese selbst lockert, ohne sie jedoch völlig aufzulösen. Durch die unvollständige Resultanten-

bildung innerhalb der einzelnen Denkeinheiten muß es somit zur Entstehung von Gruppen niedrigerer Zusammenordnung kommen, mit anderen Worten: das Denken wird auf der bereits angedeuteten Zwischenstufe zwischen der ungeordneten Aneinanderreihung von Primitivvorstellungen und dem beständig sich zu logischen Zielgedanken zusammenfassenden Vorstellungsablauf des gesunden, erwachsenen Kulturmenschen stehen bleiben, der Stufe, auf der sich auch das märchengläubige Kind befindet, das in seinem seelischen Aufbau noch nicht von den konkreten Anschauungen über die Dinge zu ihrer logischen Zusammenfassung fortgeschritten ist. Das Kind glaubt und erfaßt eine Märchenidee desto lebhafter, nicht je logischer, sondern je anschaulicher sie ist — genau, wie der Ideenflüchtige seinen Einfall. Damit sind wir auf abstraktem Wege auf dem Punkte angelangt, zu dem uns schon früher die empirische Verarbeitung der Krankheitsbilder geführt hatte; in dieser Beleuchtung wird uns auch der kindliche, naivwichtige Ton, in dem die Kranken ihre Ideen vorbringen, nicht als Zufall erscheinen. Fassen wir das Resultat der Untersuchung zusammen: Der Einfall ist eine in Mengen produzierte, mit ihrer Umgebung assoziativ locker zusammenhängende, rasch auftauchende und rasch verschwindende, mit Lebhaftigkeit erfaßte Vorstellungsgruppe schwankenden Realitätswerts, die inhaltlich nicht von der konkreten zur logischen Zusammenordnung fortgeschritten ist.

Auf einen bisher nur kurz berührten Punkt, das Schwanken des Realitätswerts, muß hier noch näher eingegangen werden. Es beruht einmal auf den Eigenschaften des Einfalls selbst; er kann sich einerseits der logisch geordneten Vorstellungsgruppe, andererseits der aufgelösten ideenflüchtigen Wortreihe beliebig annähern und dadurch der Lebhaftigkeit, der isolierten Geschlossenheit, der zwingenden Plötzlichkeit weithin verlustig gehen, während der in jeder Beziehung typische Einfall, wie wir täglich beobachten können, in statu nascendi einen fast absoluten Realitätswert bis zum Grade der Einbildungstäuschung erreichen kann. Noch mehr aber wird das Schicksal des Einfalls bestimmt durch das psychische Milieu, in das er hereingeboren wird. Es geht aus der letztskizzierten Krankengeschichte mit aller Deutlichkeit hervor und steht auch bei den beiden Hauptfällen außer Zweifel, daß hier wiederum die Affektlage für die Stellung im gesamten Bewußtseinsinhalt von großer Bedeutung ist. In der leicht gehobenen

hypomanischen Laune sind die Einfälle für den Kranken nicht viel mehr als ein buntes Gedankenspiel, dem er sich aus reiner Freude am Fabulieren hingibt; wenn man ihm sein ganzes Kartenhaus nachher als Unsinn bezeichnet, so ist er lachend damit einverstanden. Sobald aber diese Gedankenwelt unter die Herrschaft ausgesprochenerer Affekte kommt, gewinnt sie bedeutend an Festigkeit, so daß sie bereits ohne scharfe Grenze in das Gebiet der barocken Wahnbildung hinübergreift. Wenn wir trotzdem unter bloßer Affektwirkung, wie der Fall S. und auch die anderweitige Beobachtung zeigt, den Einfall kaum zu einem wichtigen, bestimmenden Faktor im Gesamtseelenleben werden sehen, so mag das, abgesehen von der mit Ideenflucht häufig verbundenen Affektlabilität vor allem daran liegen, daß Affekt und Ideenflucht sich in ihrer Wirkung auf den Vorstellungsinhalt deshalb schlecht zu kumulieren vermögen, weil diese Wirkung das eine Mal auf den einengenden Gedankenzwang, das andere Mal auf das ungebundene Gedankenspiel, also in entgegengesetzter Richtung läuft.

Während aber hier, nach der Seite der starken Affekte hin, der Einfall eine gewisse mangelnde Affinität zeigt, ist er in einem anderen Sinne recht eigentlich präformiert, nämlich in der Richtung der Sinnestäuschung. Es gehört im kranken und eigentlich auch schon im gesunden Leben zu den schwierigsten Aufgaben, gesteigerte intrapsychische Vorstellungslebhaftigkeit und sinnliche Realität von einander abzugrenzen, besonders wenn die Produkte der ersteren, die Einbildungstäuschungen als Erinnerungstäuschungen in zeitlichen Abstand gerückt werden. Gerade die Lebhaftigkeit gehört aber zu den Haupteigentümlichkeiten des Einfalls; und ist nicht die plötzliche Unmittelbarkeit des Auftauchens und die logische Unabhängigkeit eine Eigenschaft, die den Einfall im Mechanismus des Vorstellungsablaufs neben die Sinneswahrnehmung stellt? Wenn aber schon bei normaler Funktion der zentralen Sinnesflächen der Einfall zur Einbildungstäuschung tendiert, so muß bei sensorischer Übererregbarkeit in spezifischer Weise dasjenige Vorstellungsgebilde zur Entstehung kommen, das dem gesamten Krankheitsbild der Fälle K. und Tr. vollkommen das Gepräge gibt: der reperzipierte Einfall. Frau K. gibt selbst die beste Beschreibung dieses Vorgangs, wenn sie in einem ihrer Briefe, nachdem sie eben von Herrn v. H.s Tod gesprochen hatte, plötzlich mit der Wendung „und man sagte mir soeben“ auf

die abenteuerliche Idee überspringt, „man habe mir dann das Bett samt dem Leintuch mit den Totenflecken gegeben“: also ein Gebilde von der typischen Struktur des Einfalls, das in lockerem, aber gut erkennbarem assoziativen Zusammenhang aus der vorangehenden Gedankenreihe plötzlich entspringt und im Auftauchen sofort halluziniert wird. Es ist klar, daß solche aus dem eigenen Gedankengang des Kranken hervorgewachsene Vorstellungseinheiten durch diese scheinbar sinnliche Bestätigung eine Fixation, einen Stempel untrüglichster Gewißheit erhalten müssen, daß sie bei der Massenhaftigkeit, in der sie produziert werden, dem gesamten Krankheitsbild den Charakter zu geben, das Seelenleben des Kranken weithin zu beherrschen und alle anderen Symptome äußerlich zurückzudrängen vermögen. Im Gegensatz zum einfachen Einfall handelt es sich also hier durchweg um echte Wahnbildung, die im einzelnen dadurch erfolgen kann, daß entweder die Reperzeption nicht bis zur Halluzination fortschreitet, sondern nur die Bildung von Ideen abnormer sinnlicher Lebhaftigkeit mit dem Charakter unumstößlicher Gewißheit zur Folge hat, oder daß aus der wirklichen Halluzination sofort direkt die Wahnidee entspringt, oder daß aus reperzipierten und halluzinierten Einfällen sekundäre Wahnideen abgeleitet werden. — Diese Form „phantastischer“ Wahnbildung hat mit dem „phantastischen“ Affektwahn, außer der Fremdartigkeit vom Standpunkt des normalen Seelenlebens aus, überhaupt nichts gemein. Ihre Nichtunterscheidung muß zu dem *Thalbitzer*schen Schluß: Erlahmen des Affektes bei immer unsinnigerem Wahninhalt und folglich Demenz, führen.

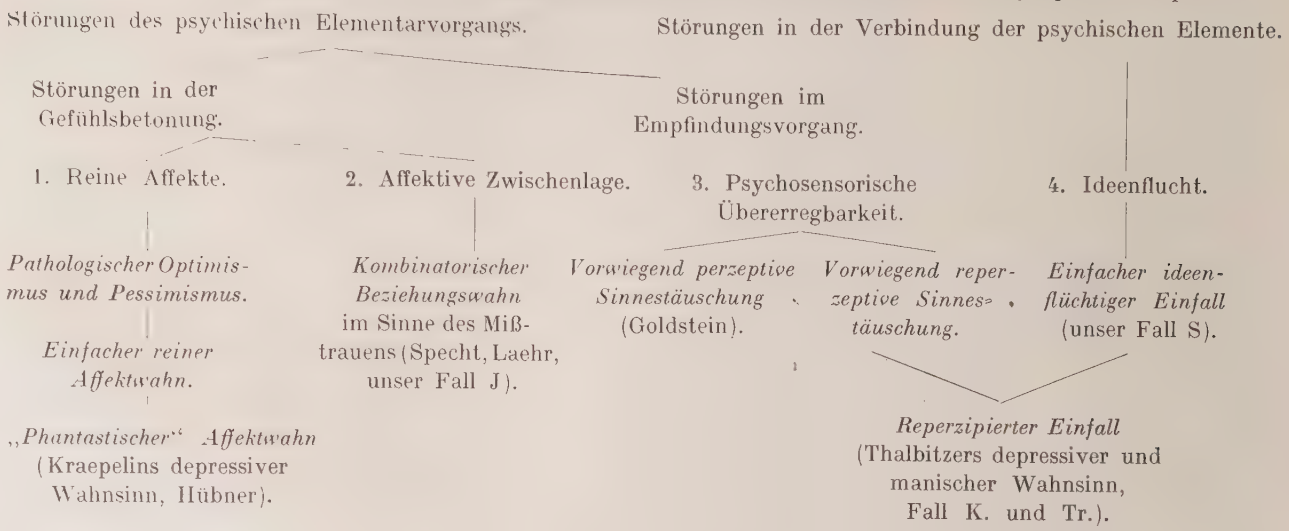
Es soll in diesem Zusammenhang noch einmal kurz das interessante Phänomen beleuchtet werden, daß bei unseren Kranken jahrelang diese Unmenge von reperzipierten Einfällen, von untereinander völlig unvereinbaren Wahnideen im Bewußtsein ungestört nebeneinander herlaufen, und daß sie ebenso, ohne das geringste Deckungsbedürfnis, einem wohlgeordneten Komplex realer Vorstellungen parallelgehen, — obgleich die Erklärung sich schon aus dem bisher Gesagten ergibt. Diese paradoxe Symptomgruppierung: absurd unlogischer Vorstellungsinhalt ohne Demenz, beruht auf den Eigentümlichkeiten des ideenflüchtigen im Gegensatz zum normalen Blickfeld. Bei der engen Verflechtung der Resultanten im gesunden Vorstellungsablauf vermag sich das Blickfeld nicht scharf abzugrenzen, sondern die im Blickpunkt stehende Vorstellung deutlichster Präsenz

hängt durch eine ununterbrochene Kette zusammen mit den zeitlich immer entfernteren bis hinein in den unterbewußten Gesamtvorstellungsschatz; eine einzelne Vorstellung, die dem letzteren in irgend einem Punkte nicht adäquat ist, kann somit den Blickpunkt nicht passieren, ohne durch diese geschlossene Leitung die Gegenvorstellung ebenfalls ins Blickfeld zu ziehen und so ihre Korrektion zu finden. — Tritt aber die ideenflüchtige Vorstellungsgruppe ins Blickfeld, so ist beim Fehlen genügender Resultantenbildung dasselbe vom übrigen Vorstellungsinhalt abgeschnitten, die isolierte Vorstellungsgruppe füllt das Blickfeld vollkommen aus mit der Lebhaftigkeit und Souveränität, die sich an manischen Kranken täglich beobachten läßt. Es besteht also gar nicht die Möglichkeit, daß die widerstreitenden Vorstellungsgruppen in ein Blickfeld gebracht und urteilmäßig in Beziehung gesetzt werden könnten.

Daß die der realen Sinneswahrnehmung und die der früheren gesunden Denktätigkeit entstammenden Vorstellungen bei unseren Kranken von diesem Isolierungsprozeß nicht ergriffen werden, liegt erstens daran, daß die der realen Sinneswahrnehmung entstammenden Vorstellungen komplexer sind, als die reperzipierten, d. h. daß sie meist aus verschiedenen Sinnesgebieten zugleich schöpfen und somit eine viel ausgedehntere assoziative Verankerung haben; zweitens daran, daß sie den Vorstellungen aus früherer gesunder Zeit gleichartig sind und also mit diesen leichter Assimilationen einzugehen vermögen; drittens daran, daß die letzteren durch die frühere gesunde Denktätigkeit fest und mannigfach miteinander verwebt und eng mit dem Vorstellungskern der eigenen Persönlichkeit verknüpft sind, — daß demnach keine von allen diesen Vorstellungen ins Blickfeld treten kann, ohne zahlreiche zugehörige Vorstellungen nach sich zu ziehen. So kommt es zu der ziemlich strengen Scheidung zwischen dem gesunden, festen Persönlichkeitskern und den gelockerten wahnhaften Gedankenreihen, die ihn arabeskenartig umziehen. Diese Scheidung ermöglicht das früher beschriebene merkwürdige Phänomen der Wechselbilder. Aus dieser Scheidung erklärt sich auch die normale affektive und willenmäßige Reaktion der Patienten auf ihre gesunden, und die schwankende oder fehlende auf ihre wahnhaften Vorstellungen.

Damit sind wir am Schlusse der symptomatischen Untersuchungen angelangt, deren Resultate hier in einem kurzen schematischen Überblick zusammengestellt werden sollen:

Quellen der Verfälschung des Bewußtseinsinhaltes im manisch-depressiven Symptomkomplex:



Wenn wir nach alledem zu einer endgültigen klinischen Einreihung der beiden Fälle übergehen, so sind hier zunächst die Verblödungsprozesse auszuschließen. Eine Kranke, wie Frau K., mit einem frischen, lückenlosen Gedächtnis für Altes und Jüngstvergangenes, mit der Fähigkeit richtiger Orientierung, einem intakten Persönlichkeitsbewußtsein und vor allem mit einem reichen ethischen Gefühlsleben, fähig, mitzufühlen, zu lieben und zu zürnen, ein unverwischter, wertvoller und sympathischer Charakter von einem in seiner Situation geradezu rührenden Altruismus bis zu den feinen Formen gesellschaftlicher Höflichkeit (Dingen, die sich allerdings in einer Krankengeschichte nur mangelhaft wiedergeben lassen), — eine solche Kranke ist nicht dement. Daß die Affektlosigkeit wie die Unsinnigkeit der Wahnbildung nicht nur nicht, wie *Thalbitzer* meint, in diesem Sinne interpretiert werden müssen, sondern vielmehr hier nur in ganz anderer Weise interpretiert werden können, ist an früherer Stelle ausgeführt worden. Bei Frl. Tr. läßt sich eine Demenz nicht so durch den ersten Blick auf das Zustandsbild ablehnen; gegen eine solche spricht aber schon die symptomatologische Übereinstimmung mit dem Fall K. und spricht mit aller Sicherheit die genaue Analyse von Symptomen und Verlauf mit Rücksicht auf die Krankheitskategorien im einzelnen.

Eine senile oder arteriosklerotische Verblödung führt bei einer Dauer von vielen Jahren stets zu schwerer körperlicher und psychischer Destruktion, zu groben Ausfallerscheinungen, die bei unseren Kranken durchaus fehlen. Wenn die beiden Fälle aber den Spätformen der Dementia praecox nahestünden, so müßten ebenfalls nach vieljährigem Verlauf wenigstens Spuren schizophrener Symptome bemerkbar werden; man wird wohl sagen dürfen, daß diese beweglichen, produktiven, mitteilungsbedürftigen und affektiv ungemein lebhaften Kranken in allen Punkten das gerade Gegenteil von alten, schizophrenen Anstaltsinsassen sind, ganz abgesehen von dem tiefgreifenden Unterschied in der Wahnbildung, der an früherer Stelle entwickelt wurde. Auch die prinzipiellen Gründe, aus denen eine Aufstellung selbständiger Krankheitsgruppen auf Grund der Wahnbildung überhaupt und speziell im Sinne von *Thalbitzers* manischem und depressivem Wahnsinn abzulehnen ist, sind genau präzisiert worden. Was haben wir denn überhaupt für unsere

Erkenntnis gewonnen, wenn wir die Wahnbildung auf eine Intellekterkrankung zurückführen? Wir haben damit doch nichts anderes ausgesagt, als daß eine Störung in der Bildung von Urteilen eben auf einer Urteilsstörung beruhe, d. h. wir haben das Problem von einer Seite auf die andere gelegt. Die Annahme einer „partiellen Trübung der Kritik", wie sie von anderer Seite gemacht wurde (*Kausch* u. a.), ist noch weniger eine Erklärung, daneben aber eine psychologisch unvollziehbare Vorstellung. — Was diagnostisch gegen die groben Defektpsychosen angeführt wurde, gilt in geringerem Maß auch gegen die feineren wahnbildenden Verblödungsprozesse, die *Kraepelin* neuerdings als Paraphrenien zusammengefaßt hat. Bei Frau K. schließt schon das hohe Lebensalter, bei Frl. Tr. die dreimalige Erkrankung mit gesunden Zwischenzeiten eine solche Diagnose aus, ganz abgesehen davon, daß beide Fälle sich von den von *Kraepelin* gezeichneten Untergruppen in einzelnen mannigfach unterscheiden. Überhaupt ist eine solche natürliche Frische in Handeln und Affektreaktion nach vieljähriger Krankheitsdauer bei jedem, auch leichtestem, Verblödungsprozeß wohl undenkbar.

Es gibt unter den schweren Psychosen nur eine, die bei so langer Dauer gerade diese Kernpunkte der Persönlichkeit unversehrt läßt, das ist das manisch-depressive Irresein. Die Kardinalsymptome desselben wurden teils als wechselnde Erscheinungen, teils als dauernd konstituierende Grundlagen in beiden Krankheitsbildern nachgewiesen. In diese Richtung weist bei Frl. Tr. auch der periodische Verlauf in vorwiegend manischen mit schwach ausgeprägten depressiven Phasen. Die Schilderung ihres Charakters aus früheren Jahren: heiter, lebhaft, sehr gesellig, gutmütig, tätig, oberflächlich, selbstbewußt — scheint sie in die Reihe der manisch gefärbten Konstitutionen zu stellen, die ja in höherem Alter ganz gewöhnlich dauernd und zwar in manischem Sinne entgleisen. Noch anschaulicher zeigt der Fall K. das Herauswachsen der Psychose aus dem Boden einer abnormen Charakteranlage, die dem entspricht, was *Kleist*, wenn ich ihn recht verstehe, als „ängstlich-lebhafte Konstitution" bezeichnet. Was diese Konstitution der Frau K. von einer im engeren Sinne psychopathischen durchaus unterscheidet, ist die Tatsache, daß hier ein in seiner Gesamtheit ebenmäßig gebauter, ausgeglichener Charakter von fester innerer Struktur nur eben nach ganz bestimmten Seiten

hin eine gewisse affektive Überansprechbarkeit zeigt, so daß bestimmte, schon im normalen Leben sich auf die entsprechenden Vorstellungsgruppen legende Gefühlstöne hier generell gesteigert erscheinen, wie es in der unermüdlich pflichttreuen, ängstlichen Besorgnis der Frau K. um ihre Angehörigen und in der ebenfalls ängstlich getärbten starken Abneigung gegen alle Veränderungen in ihrem Lebenskreis nach der Seite des Fremden, Unbekannten hin sich kundtut. Diese konstitutionell abnormen Züge steigern sich zusehens mit dem Eintritt in höhere Lebensjahre, um unter Mitwirkung des äußeren Moments einer starken Schwerhörigkeit ohne scharfe Grenze ins eigentlich Psychotische überzugehen; das akute Einsetzen der schweren Symptome im Herbst 1910 bedeutet nur die Exazerbation einer bereits bestehenden, bisher schleichend verlaufenen Psychose. — Die beiden Fälle entsprechen sich also auch hinsichtlich des Verlaufs, indem beidemal, hier mehr kontinuierlich, bei Frl. Tr. mehr schubweise mit dem Eintritt ins Greisenalter aus einer leicht abnormen Konstitution sich eine chronische Psychose entwickelt, eine Psychose, die die Erleichterung des Denkens und Handelns im Verein mit einer heiter bzw. ängstlich verschobenen Affektlage als Wesenszüge erkennen läßt, dieselben Züge, die, noch in physiologischem Maßstabe vorhanden, der heiter-lebhaften Konstitution von Frl. Tr. und der ängstlich-lebhaften Konstitution der Frau K. zugrunde liegen. Nach einer geläufigen Auffassungsweise könnte man annehmen, daß hier gewisse, von Hause aus zu schwach angelegte Teile der psychischen Persönlichkeit, sei es durch bloße Abnutzung durch die gewöhnlichen Lebensreize oder außerdem unter Einwirkung seniler Involutionsprozesse (funktioneller, nicht grob anatomischer Natur) versagen und dadurch die eigentliche Psychose in die Erscheinung treten lassen, deren chronischer Verlauf in der durch das ganze Leben vorbereiteten und im hohen Alter einer Reparation schwer zugänglichen Entwicklung mit Notwendigkeit bedingt ist.

Wenn wir nach alledem keinen Anstand nehmen, beide Fälle dem z. Z. stark erweiterten Rahmen des manisch-depressiven Irreseins einzufügen, so geschieht das mit vollem Bewußtsein des großen Unterschieds, der diese chronisch verlaufenden, komplizierten Wechsel- und Mischzustände des Greisenalters mit der überwuchernden Ausbildung von Sekundärsymptomen von den

typisch zirkulären Psychosen trennt. So notwendig aber der erweiterte Rahmen für eine großzügige Diagnostik ist, die von der scholastischen Zerlegung von Paranoien und Wahnsinnsformen sich befreien will, und die nicht Symptömchen sammelt, sondern Grundlinien zeigt, so notwendig erfordert er eine gründliche Durcharbeitung der verschiedenartigen Krankheitsbilder, die er umfaßt, in Einzelstudien, um auf diesem Weg zur Gewinnung brauchbarer Untergruppen zu kommen, die dringend nötig sind, wenn wir nicht aus der Oberflächlichkeit in die Unklarheit verfallen wollen. *Kleist* hat mit seinem System autochthon und reaktiv labiler Konstitutionen, noch über die Grenzen des manisch-depressiven Irreseins hinausgreifend, diese Arbeit in Angriff genommen, und die Ansichten von *Stransky* über manisch-depressives Irresein und Paranoia, von *Wilmanns* u. a. tendieren in derselben Richtung. Die vorliegende Abhandlung kann zu dieser wichtigen Aufgabe eben nur einen Beitrag liefern; es wäre durchaus verfrüht, mit den geschilderten Fällen die Aufstellung einer selbständigen Gruppe versuchen zu wollen.

Jedenfalls aber ist es für unser praktisches Handeln nicht gleichgültig, ob wir den bizarren Wahnsinn dieser Kranken nach einem oberflächlichen Blick mit dem Schlagwort „Demenz" abtun, oder ob wir uns entschließen, darin die lebendigen, wenn auch in Unordnung geratenen Seelenvorgänge aufzusuchen. Denn im einen Falle werden wir an dieser Fülle seltsamer Gebilde vorübergehen, achtlos, wie an einem toten Trümmerhaufen, andernfalls aber werden wir hinter dem Spiel wirkender Seelenkräfte, die uns auch dann noch anziehend sind, wenn sie in Verwirrung durcheinandergreifen, die scheinbar verschüttete Persönlichkeit finden, die zu pflegen und zu erhalten unser Beruf ist dort, wo wir nicht heilen können.

Literatur.

Adam, Zum periodischen Irresein. I.-D. Rostock 1903.

Bechterew, Über periodische akute Paranoia simplex als besondere Form periodischer Psychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 5, 1899.

Bleuler, Über periodischen Wahnsinn. Psych.-neurol. Wschr. Bd. 4, 1902/03.

Boege, Die periodische Paranoia. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 43, 1908.

Bumke, Über die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Bd. 20, 1909.

Dreyfus, Die Melancholie, ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins. Jena 1907.

Friedmann, Zur Kenntnis und zum Verständnis milder und kurz verlaufender Wahnformen. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 14, 1895.

Gaupp, Die Depressionszustände des höheren Lebensalters. Münch. med. Wschr. 1905, Nr. 32.

Gierlich, Über periodische Paranoia. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 40, 1905.

Goldstein, Ein Fall von manisch-depressivem Mischzustand. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 43, 1908.

Greidenberg, Zur Lehre über die akuten Formen der Verrücktheit. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 53, 1897.

Heller, Die Wahnideen der Melancholiker. I.-D. Zürich 1899.

Homburger, Die Literatur des manisch-depressiven Irreseins 1906—1910. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. Bd. 2, 1911.

Hübner, Klinische Studien über die Melancholie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 43, 1908.

Kahlbaum, Die Sinnesdelirien. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 23.

Kausch, Ein Beitrag zur Kenntnis der periodischen Paranoia. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 24, 1892.

Kleist, Die Involutionsparanoia. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 70, 1913.

Derselbe, Über chronische, wahnbildende Psychosen des Rückbildungsalters, besonders im Hinblick auf deren Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 69, 1912.

Derselbe, Die Streitfrage der akuten Paranoia. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 5, 1911.

Derselbe, Die klinische Stellung der Motilitätspsychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. Bd. 3.

Köppen, Über akute Paranoia. Neurol. Zentralbl. 1899.

Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie.

Kraepelin, Psychiatrie. 1. bis 8. Auflage.

Derselbe, Die Abgrenzung der Paranoia. Neurol. Zentralbl. 1892.

Derselbe, Über paranoide Erkrankungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 11, 1912.

Kreuser, Die Geistesstörungen im höheren Lebensalter und ihre Genesungsaussichten. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 71, 1914.

Laehr, Über zwei atypische Fälle von zirkulärem Irresein. 50 jähriger Bericht über die Anstalt Schweizerhof (Festschrift). 1903.

Liepmann, Über Ideenflucht. Sammlung zwangl. Abhandlungen V, 1. Halle 1904.

Mendel, Ein Beitrag zur Lehre von den periodischen Psychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 44, 1888.

Diskussion über *Mendels* Vortrag. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 44, S. 664, 1888.

Mönkemöller, Zur Lehre von der periodischen Paranoia. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62, 1905.

Nitsche, Über chronisch-manische Zustände. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 67, 1910.

Pilcz, Die periodischen Geistesstörungen. Jena 1901.

Rehm, Der depressive Wahnsinn. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1910.

Derselbe, Verlaufsformen des manisch-depressiven Irreseins. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 64, 1907.

Schott, Beitrag zur Lehre von der Melancholie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 36, 1903.

Schüle, Klinische Psychiatrie.

Seiffer, Akute rezidivierende halluzinatorische Paranoia. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62, 1905.

Skierlo, Über periodische Paranoia. I.-D. Königsberg 1900.

Specht, Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1908.

Derselbe, Über die Struktur und klinische Stellung der Melancholia agitata. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1908.

Derselbe, Über den Angstaffekt im manisch-depressiven Irresein. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1907.

Derselbe, Chronische Manie und Paranoia. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1905.

Stransky, Das manisch-depressive Irresein. Leipzig und Wien 1911.

Thalbitzer, Melancholie und Depression. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62, 1905.

Derselbe, Die manio-depressive Psychose. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 43, 1908.

Derselbe, Manischer Wahnsinn. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 1, 1910.

Thomsen, Die akute Paranoia. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 45, 1910.

Weygandt, Über die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins. München 1899.

Wilmanns, Die Differentialdiagnostik der funktionellen Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1907.

Derselbe, Zur klinischen Stellung der Paranoia. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1910.

Wundt, Grundriß der Psychologie.

Ziehen, Psychiatrie.

Derselbe, Eine neue Form der periodischen Psychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 5.

Lebenslauf.

Am 8. Oktober 1888 wurde ich in Wüstenrot in Württemberg geboren, als Sohn des Pfarrers Ernst Kretschmer. Ich besuchte das Gymnasium in Cannstatt und die Seminarien in Schöntal und Urach. Im Sommer 1906 bestand ich die Maturitätsprüfung, studierte zwei Semester Philosophie und evangelische Theologie in Tübingen und hierauf 10 Semester die Medizin in Tübingen und München. Das medizinische Staatsexamen bestand ich im Herbst 1912 in Tübingen und war sodann am städtischen Krankenhaus Stuttgart-Cannstatt, an der Heilanstalt Winnental und seit Sommer 1913 an der Klinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten in Tübingen als Medizinalpraktikant tätig.

Ich erlaube mir hiermit zugleich, Herrn Professor Dr. Gaupp und Herrn Obermedizinalrat Dr. Kreuser für die Anregung und Förderung bei der vorliegenden Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.